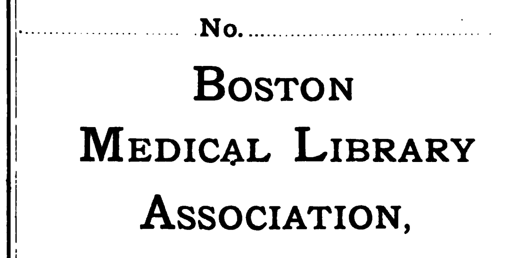


ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME XXXI

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les Annales de Gynécologie paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris........................	18	francs.
Pour les départements..............	20	—
Pour l'Europe......................	22	—
Pour les États-Unis d'Amérique.....	23	—
Pour les autres parties du monde...	25	—

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie G. Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr Leblond, 53, rue d'Hauteville, pour la partie gynécologique; à M. le Dr Pinard, 11, rue Roquépine, pour la partie obstétricale ou à M. G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

ET D'OBSTÉTRIQUE

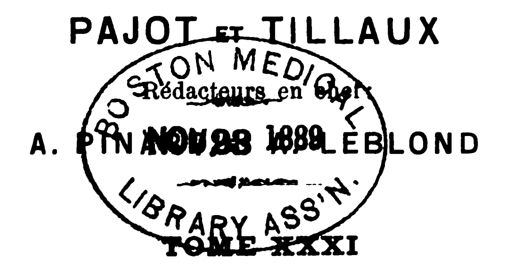
PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT ET TILLAUX

Rédacteurs en chef

A. PINARD et H. LEBLOND



TOME XXXI

Contenant des travaux de MM.

Chambrelent, Crimail, Engstrom (O.) (Helsingfors), Herrgott (A.), Mme Klasson (A.), Labusquière, Legrand, Pinard, Queirel, Ribemont-Dessaignes, Rouvier (J.), Roux et Schnell, Taylor (A.) (New-York), Terrillon, Tillaux, Trélat, Troisier et Ménétrier, Wallich (V.).

1889

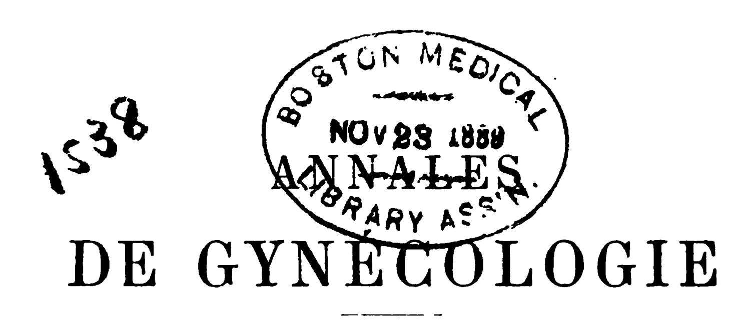
(1er SEMESTRE)

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1889



ANNALES DE GYNÉCOLOGIE

Janvier 1889

TRAVAUX ORIGINAUX

LEÇONS SUR LES PROLAPSUS DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME

Par M. **Trélat**

Professeur de clinique chirurgicale à la Charité

Recueillies et rédigées par M. le Dr BARETTE, chef de clinique chirurgicale.

QUATRIÈME LEÇON (1)

TRAITEMENT DES PROLAPSUS GÉNITAUX

SOMMAIRE. — La thérapeutique du prolapsus est basée sur l'anatomie et la physiologie pathologique de ces lésions. La complexité de celles-ci impose des manœuvres opératoires variées et complexes. Les pessaires sont souvent insuffisants. Trois classes de prolapsus : 1° Prolapsus vaginaux ou utéro-vaginaux vulgaires et curables ; 2° Prolapsus complets et irréductibles ; 3° Prolapsus compliqués d'hypertrophies. Choix des opérations suivant chaque cas particulier. Périnéorrhaphie. Raccourcissement des ligaments ronds. Elytrorrhaphie antérieure. Colpo-périnéorrhaphie. Cloisonnement vaginal. Utérorrhaphie Hystérectomie vaginale. Amputation sous-vaginale du col. Amputation conoïde ou sus-vaginale.

Il nous reste maintenant, Messieurs, à aborder la délicate question des indications thérapeutiques. Ici nous pouvons nous appuyer sur deux bases également importantes. J'ai

(1) V. *Annales de gyn.* de novembre 1888.

insisté avec intention sur le mécanisme anatomo-pathologique des déplacements utéro-vaginaux, de leurs complications, de leurs degrés si nombreux et si variés. Ces connaissances sont en effet la base la plus sérieuse qui puisse nous guider dans le choix de l'intervention thérapeutique. Nous voyons, par exemple, dans un très grand nombre de cas, que le périnée fait plus ou moins complètement défaut ; nous connaissons d'autre part le rôle du corps périnéal comme soutien des organes pelviens. De ces notions découle une indication primordiale : il faut reconstituer le soutien périnéal ; il faut rétablir un plan suffisamment résistant pour soutenir la cloison recto-vaginale et lutter contre sa tendance au déplacement. Dans nombre de cas nous constatons un allongement, un déplissement des parois vaginales ; là encore nouvelle indication il faut diminuer la surface. L'utérus n'est plus fixé à son niveau naturel dans l'excavation pelvienne, il faut l'y replacer. Toute la thérapeutique restauratrice, celle à laquelle il faut s'appliquer ici, celle qu'il faut s'efforcer de perfectionner chaque jour peut se résumer dans une seule idée ; rétablir les conditions normales de fixité, et les moyens de soutien des organes déplacés. C'est là, je le reconnais avec regret, un idéal qu'il ne nous est pas toujours permis d'atteindre, il est des organes, il est des plans du plancher pelvien que nous ne saurions réparer même au moyen des opérations les mieux combinées ; nous ne pouvons rendre aux muscles atrophiés et déchirés leur puissance. Nous ne pouvons agir sur tous les ligaments de l'utérus et les ramener directement à leur brièveté normale. Nous ne pouvons restituer aux aponévroses profondes une solidité qu'elles ont perdue. Aucun moyen dont l'efficacité soit démontrée n'est en notre pouvoir pour rendre au tissu cellulaire allongé, tiraillé, qui réunit les organes prolabés, une résistance et une brièveté convenable. On est donc fatalement arrêté par des impossibilités matérielles, cependant dans beaucoup de cas le chirurgien rend des services réels, et procure par ses interventions réglées et sagement combinées

des guérisons durables ou au moins des améliorations dont les patientes se louent grandement pendant le restant de leurs jours.

Il faut encore remplir une seconde condition pour que l'intervention soit efficace ; le diagnostic des déplacements et des lésions qui peuvent les compliquer doit être complet, rigoureux et exact. Et pour atteindre ce but je vous rappelle encore que vous aurez tout avantage à examiner les femmes sur le lit au spéculum, puis debout ; pendant une respiration normale ou en provoquant un effort. Il faut en effet toujours proportionner l'acte opératoire à l'étendue de la lésion, combiner, dans nombre de cas, des opérations multiples pour obtenir un résultat complet. Vous allez voir, en effet, que chez plusieurs malades, nous avons dû combiner des opérations de nombre variable pour obéir aux indications multiples qui s'imposaient. Quand, par exemple, nous avons à traiter un prolapsus compliqué de rétroflexion marquée nous corrigeons successivement la rétroflexion, puis le prolapsus, afin d'obtenir un effet adéquat aux lésions que nous avons à traiter.

L'antisepsie nous a permis aujourd'hui d'agrandir très notablement le cercle de nos interventions. Grâce à cette précieuse méthode, et pourvu que nous lui soyons fidèles, nos opérées ne courent plus, on peut l'affirmer, aucun des risques opératoires qui pouvaient nous faire reculer autrefois ; de plus, résultat mille fois précieux, nous pouvons compter sur la réunion primitive et immédiate de nos sutures, condition de succès essentielle, indispensable, pour le plus grand nombre de ces opérations. Ajoutons en passant que, plus heureux que nos devanciers, nous avons à notre disposition un outillage meilleur, mieux adapté aux organes que nous traitons ; et ce n'est pas là une condition de succès négligeable, surtout quand il s'agit d'opérations délicates et souvent laborieuses.

Il vous semble, Messieurs, que je ne voie plus d'autres moyens thérapeutiques à opposer aux prolapsus, que les

méthodes sanglantes, les opérations complexes, les sections, les sutures et les autoplasties. Quel rôle sont donc appelés à jouer ces appareils si nombreux, et si variés, les pessaires, en un mot, qui ont été si longtemps conseillés et décrits. Je ne les rejette pas absolument ; ces pessaires, dans certains cas de prolapsus légers, quand la paroi vaginale n'est pas trop distendue, quand le plancher périnéal est contractile et résistant, peuvent rendre des services et alors les plus simples sont souvent les meilleurs. Je ne vous conseillerai pas cependant le moyen de contention qu'employait une malade dont Neugebauer (1) de (Varsovie) rapporte l'observation. Elle soutenait son prolapsus à l'aide d'une pomme au lieu de pessaire ; et elle changeait la pomme tous les cinq jours! Ordinairement les anneaux ronds élastiques sont bien supportés et efficaces, mais sachez-le bien, Messieurs, quand un prolapsus existe jamais un pessaire n'a pu entraver les progrès de l'infirmité. L'histoire de ces malades est toujours la même, on leur conseille un pessaire, il les soulage, puis il devient impuissant, on en donne un plus puissant, même soulagement immédiat, même impuissance, dans la suite ; puis arrive une période où le pessaire ne peut plus être supporté, il a provoqué des ulcérations, il cause des douleurs persistantes ; ou bien, ce qui est encore plus fréquent il ne peut tenir en place ; il est devenu tout à fait inutile ; et alors vous figurez vous bien, la vie misérable et précaire de ces malheureuses qui souffrent perpétuellement de tiraillements lombaires, et de ce poids qu'elles portent à la vulve ; qui ressentent douloureusement les frottements sur ces surfaces exulcérées, sanieuses, suintantes, qui répandent une odeur repoussante pour l'entourage de la malade, et pénible pour elle-même. Figurez-vous bien, quand vous voyez ces cas extrêmes qui touchent à l'incurabilité, que ces femmes ont passé par des périodes où leur prolapsus était guérissable totalement, et où pour le moins on pouvait

(1) NEUGEBAUER. In Vratcha, 1887, nº 52.

l'améliorer ; que cette considération vous engage à ne point conseiller une temporisation trop longue. Je ne comprends pas, pour ma part, pourquoi certains auteurs, Hatherly, par exemple (1), conseillent d'attendre la ménopause pour pratiquer les opérations plastiques sur le vagin. Je crois que plus votre intervention sera précoce, moins grande sera son étendue, moins grands, par conséquent, seront les risques courus par votre malade. Il faut aussi bien se rappeler que plus on sera rapproché du début des accidents moins les tissus seront atrophiés, dégénérés, déchus, de leurs propriétés premières.

Pour vous guider sûrement dans le choix des interventions, il faut nous rapporter aux observations rapportées dans les précédentes leçons.

Nous les rangeons en trois catégories ; l'une comprendra les prolapsus vaginaux et utérins légers ou moyens, totaux ou partiels, avec insuffisance à peu près constante du périnée. Ce sont les cas les plus fréquents, les prolapsus peu anciens, curables ou grandement améliorables. Je vous rappelle qu'ils peuvent présenter plusieurs variétés : *a*) prolapsus vaginaux purs sans descente de l'utérus, des deux parois du vagin, ou d'une paroi seule avec cystocèle.

b) Prolapsus utéro-vaginaux, avec rétroversion (cas fréquents) ou antéversion (cas rares) quelquefois avec prolapsus du rectum (obs. II).

La seconde classe comprendra les mêmes déplacements mais à leurs degrés extrêmes, ces chutes totales de la matrice, avec hypertrophies, ulcérations, non réductibles : lésions à peu près incurables par les procédés si efficaces dans les premières périodes et devant lesquelles on n'a d'autre alternative que de conserver une infirmité des plus pénibles ou de retrancher l'organe prolabé.

Enfin dans la troisième catégorie je range les prolapsus compliqués d'hypertrophie ; et là encore nous établissons

(1) *British Med. Journ.*, 1888.

plusieurs sous-divisions suivant que cette hypertrophie porte seulement sur une lèvre du col; qu'elle atteint la portion sous-vaginale ou la portion sus-vaginale du segment cervical de l'utérus.

A tous ces cas conviennent des opérations déterminées. Sans vous faire la description détaillée de celles-ci, je vous en ferai saisir les indications et les résultats.

Suivant les cas encore, ces opérations peuvent être rangées en diverses catégories ; en effet, les unes sont destinées à combattre le prolapsus, et alors elles agissent soit en rétablissant le corps périnéal, soit en rétrécissant suivant leur largeur les parois du vagin devenues trop vastes, soit en les rattachant l'une à l'autre de façon à former une barrière contre nature devant l'utérus. Quelquefois aussi nous devrons essayer de rétablir la puissance des ligaments supérieurs de l'utérus, et de redresser des rétro-déviations. D'autres opérations combinées ou non avec les précédentes agiront sur le col hypertrophié et en retrancheront une portion plus ou moins notable. Enfin on sera quelquefois amené à pratiquer l'ablation totale de prolapsus incurables.

Nous avons eu à donner nos soins à un certain nombre de malades atteintes de prolapsus légers ou de moyenne gravité, compliqués de cystocèle et de rectocèle plus ou moins accusées, ainsi que d'insuffisance périnéale. Les malades des obs. I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, en sont des exemples et nous pourrions aujourd'hui en ajouter beaucoup d'autres que nous avons traitées depuis le jour où nous avons fait cette leçon.

Toutes nos malades, sauf du moins celle dont M. Marchant nous a communiqué l'observation, cystocèle pure avec prolapsus léger, avaient un périnée insuffisant. Il a fallu pratiquer la restauration de cet organe de soutien. La *colpo-périnéorrhaphie* est l'opération de choix dans ce cas ; nous l'avons fait subir aux malades des observations I, III, VI, VIII.

La paroi antérieure du vagin prolabée ayant entraîné la

production d'une cysotèle peut être facilement modifiée. Dans ce but on a institué des opérations destinées à la retenir transversalement (Emmet, Marion Sims), je leur préfère l'élytrorrhaphie antérieure, et je l'ai parfois combinée avec la colpo-périnéorrhaphie chez plusieurs de nos malades.

Cette combinaison était parfaitement indiquée dans le cas de Marchant, mais la malade refusa de la subir.

Chez une de nos malades (obs. II), outre le prolapsus des organes génitaux, il y avait un prolapsus du rectum. Nous avons vu que cette jeune femme présentait des lésions d'ordre congénital toutes particulières et qu'il n'y avait eu chez elle aucune déchirure périnéale. Je crois que dans ce cas toute intervention sanglante eût été inutile au moins pour le moment présent ; et je me suis contenté de corriger son prolapsus rectal au moyen de cautérisations linéaires énergiques, verticales, pratiquées à l'intérieur de la cavité à l'aide du thermocautère et après application préalabble de mon spéculum dilatateur de l'anus.

Cette opération doit toujours être pratiquée avant de s'attaquer aux prolapsus génitaux ; nous la fîmes le 3 mai 1887. On fit ensuite prendre à la malade des douches froides sur le périnée et on obtint une amélioration très notable. Le prolapsus rectal ne reparut pas. Il ne faut pourtant pas se dissimuler que dans ce cas particulier il sera besoin de surveiller et de revoir la malade.

Dans un cas récent nous avons eu à lutter contre un prolapsus compliqué de rétroversoflexion marquée (obs. III) avec insuffisance périnéale. Qu'avons-nous fait ?

D'abord nous avons agi contre la rétrodéviation de l'utérus ; ayant reconnu qu'elle était réductible, nous avons pratiqué l'opération d'Alquié-Alexander, ou raccourcissement des ligaments ronds, et 18 jours après la colpopérinéorrhaphie.

Deux mots maintenant, Messieurs, sur ces diverses opérations.

L'élytrorrhaphie antérieure consiste, selon la méthode d'Hégar que j'emploie, à enlever sur la paroi antérieure du vagin un losange de muqueuse dont on suture ensuite les bords droits aux bords gauches de façon à obtenir une ligne de suture médiane.

L'étendue du losange doit être proportionnée au degré de cystocèle ; en longueur il s'avancera plus ou moins vers le méat urinaire, plus dans les cas où il y a en même temps urétrocèle, moins dans les cas ordinaires. En largeur il faudra enlever au moins un tiers de la surface au point le plus élargi si l'on veut obtenir un rétrécissement suffisant et je conseille de ne point tailler trop à l'étroit les deux extrémités antérieure et postérieure du losange. Le nombre des points de suture est variable. Dans un cas (obs. VIII) (5 mai 1886), j'ai appliqué 12 points de fil d'argent ; dans l'autre (18 mai 1887) deux points seulement. Chez les deux malades le résultat a été très bon.

La *colpopérinéorrhaphie* est destinée, comme vous le savez, à restaurer, le plancher périnéal et à rétrécir en même temps la paroi postérieure du vagin.

Je pratique l'avivement du périnée suivant le tracé dont j'ai donné les règles il y a quelques années, et que vous trouverez décrit tout au long dans la thèse d'un de mes élèves, le Dr Marcel Borand (Th., Paris, 1880), et je prolonge la partie supérieure de l'avivement aussi haut qu'il est nécessaire sur la paroi postérieure du vagin. C'est ainsi que j'ai opéré, le 5 mars dernier, chez la malade qui fait l'objet de l'observation III. Une fois l'avivement largement pratiqué, et pour cela il faut que les parties soient également et correctement tendues, soit avec les mains, soit avec des écarteurs spéciaux, on pratique la suture. Je commence toujours par les points vaginaux, et dans le cas dont je parle, je mis sept points de catgut dans le vagin. Je place ensuite les points périnéaux avec la grande aiguille courbe d'Emmet ; j'en plaçai deux de gros fil et deux de fil moyen dans le cas précité. Par-dessus on applique un pansement iodoformé, on

couche la malade les cuisses rapprochées et légèrement relevées sur le bassin, et on la sonde de temps en temps afin que le pansement ne soit point mouillé par l'urine.

Suivant que la déchirure périnéale est plus étendue, le prolapsus de la paroi postérieure est plus marqué, l'avivement doit remonter plus ou moins vers les grandes lèvres ou vers le vagin. Dans un autre cas (obs. VI) de prolapsus vaginal simple avec cystocèle légère et rectocèle, j'ai fait, le 24 décembre 1885, une opération dans laquelle mon avivement monta jusqu'à 7 cent. sur la paroi vaginale postérieure, tandis qu'il s'arrêtait à 2 cent. de la commissure sur le périnée, débordant fortement de chaque côté sur la face interne des grandes lèvres et du vestibule, c'était plutôt une colpocheilorrhaphie qu'une colpopérinéorrhaphie. Huit points de suture furent placés sur la portion vaginale de l'avivement, trois sur la portion périnéale.

Le 18 janvier suivant la réunion parfaite empêchait tout prolapsus et le résultat s'est maintenu depuis. Cette opération de colpopérinéorrhaphie est, je crois, Messieurs, destinée à rendre de signalés services. Elle crée un nouvel appareil de contention vaginale et ses résultats sont durables et bons. Hégar, Rokitansky citent des malades observées 8 et 10 ans après l'opération et chez lesquelles la guérison ne s'était pas démentie. L'accouchement avait même pu s'accomplir sans amener de récidive.

Je m'étendrai peu, Messieurs, sur les indications à remplir dans les prolapsus complets et volumineux. Il faut cependant distinguer des cas. Dans une première classe de faits les organes prolabés sont encore réductibles, ils ne sont pas ulcérés, la précipitation totale est encore relativement récente. On peut tenter d'améliorer la situation de la malade; les opérations précédemment indiquées peuvent être tentées. On peut aussi avec avantage recourir au procédé dit du cloisonnement proposé par mon collègue M. Le Fort en 1877. Cette opération consiste à réunir par la suture la paroi postérieure à la paroi antérieure du vagin et à créer ainsi

au milieu de cet organe une cloison solide qui soutienne l'utérus et l'empêche de descendre

On a aussi proposé de fixer l'utérus par sa base, à la paroi abdominale dans la région hypogastrique, c'est ce qu'on nomme l'utérorrhaphie, mot insuffisant pour exprimer toute l'idée que cette opération comporte et que je propose de remplacer par le terme d'hystéropexie.

Je ne vous en parlerai pas plus longuement, n'ayant jamais eu l'indication de l'exécuter.

Quant au contraire ces prolapsus complets ne sont plus réductibles à cause de leur volume augmenté par une lente hypertrophie et la congestion passive; quand ils sont douloureux, ulcérés et qu'ils constituent une douloureuse infirmité, on abandonne le plus souvent toute intervention et on se borne à conseiller des moyens purement palliatifs.

C'est dans ces cas que l'on a proposé ces temps derniers de pratiquer l'hystérectomie vaginale. Gebhardt, Kehler, Kaltenbach à l'étranger, plusieurs de nos collègues en France, ont défendu cette doctrine et pratiqué l'ablation de l'organe. C'est encore affaire de discussion et de tempérament chirurgical.

Il me reste enfin à vous dire quelques mots des opérations que l'on doit opposer aux prolapsus compliqués d'hypertrophies. Il y a d'abord un fait clinique important à signaler.

La marche, les efforts, la station, la vie habituelle en un mot, congestionnent toujours les organes prolabés et hypertrophiés ; aussi pour bien apprécier l'état réel des lésions, pour bien préparer ces organes aux opérations jugées nécessaires, il faut toujours soumettre les malades au repos et on verra bientôt les organes hypertrophiés diminuer notablement. Dans l'espace de trois semaines nous avons vu l'utérus d'une de nos malades, qui mesurait 14 cent. au premier examen, descendre successivement à 13, 12 1/2, puis 12 cent.

L'allongement hypertrophique peut porter sur la portion *sous-vaginale* ou sur la portion *sus-vaginale* du col utérin. Huguier proposa dans son mémoire de 1862 deux opérations :

pour remédier à cette déformation, l'amputation *circulaire* dans l'hypertrophie *sous-vaginale*, l'amputation *conoïde* dans la *sus-vaginale.*

Cette dernière opération présentait des dangers sérieux à cause du péritoine près duquel Huguier se portait quand il pratiquait le décollement du cul-de-sac postérieur et de la vessie dont il n'était pas loin dans le décollement du cul-de-sac antérieur. Toutes les deux, sous-vaginale ou sus-vaginale, exposaient aux hémorrhagies, à la suppuration et à tous ses accidents, elles cicatrisaient lentement et pouvaient être suivies d'une atrésie cicatricielle du col. Aussi Marion Sims y a-t-il introduit une importante modification qui consiste à réunir la muqueuse du col à la muqueuse vaginale et permet d'obtenir ainsi la réunion immédiate.

L'amputation sous-vaginale peut se faire très simplement en évitant toute hémorrhagie, il m'est arrivé plusieurs fois de la pratiquer à l'aide de l'anse galvanique, procédé également préconisé par Spigelberg, Grunewald, et Neugebaüer En voici un exemple chez la malade qui est l'objet de l'obs. IX. Le 12 décembre 1884 j'appliquai, à un centimètre environ de l'insertion vaginale, l'anse galvanique. La malade non chloroformisée souffrit très peu, la section fut très régulière et ses suites absolument simples. Le 6 janvier suivant on ne voyait plus qu'une surface rose et bourgeonnante de 16 millim. de diamètre. Le 26 du même mois, la malade sortait radicalement guérie. A ce moment l'orifice du col se trouvait au centre d'un petit bourgeon rose et l'hystéromètre ne marquait plus que 7 cent. au lieu de 14 constatés au moment de l'entrée.

L'amputation conoïde modifiée par Sims peut aussi, avec tout avantage, être pratiquée dans l'allongement sous-vaginal. J'y ai eu recours dans un cas rapporté à l'obs. VII. Il existait chez cette femme une cystocèle marquée et une hypertrophie notable du col utérin. Je combinai le 25 juin 1886 les deux opérations d'amputation conoïde du col et de colporrhaphie antérieure. Cette dernière commençait au

niveau même du col ; 28 points de suture furent nécessaires pour réunir toutes les parties divisées. Le résultat fut parfait et la malade est restée guérie.

Pour remédier à l'allongement de la portion supra-vaginale l'amputation conoïde est l'opération de choix. Tous les chirurgiens sont aujourd'hui d'accord sur ce point ; Gallard, Labbé, Gaillard Thomas sont unanimes à le reconnaître. L'instrument tranchant est de beaucoup préférable aux moyens de diérèse ignée. Mais au lieu de pratiquer l'opération d'après la méthode primitive d'Huguier dont je vous ai exposé les dangers il est préférable de suivre la modification mise en pratique par Hegar.

Au lieu d'ouvrir le cul-de-sac vaginal et le tissu cellulaire péri-utérin il les respecte et pratique son incision circulaire au-dessous des insertions de la paroi vaginale. L'instrument tranchant est conduit de façon a détacher un coin à sommet supérieur, puis on suture la muqueuse cervicale à la muqueuse vaginale de façon à obtenir la réunion par première intention.

Ces opérations sur le col utérin dans les cas complexes de prolapsus avec allongements hypertrophiques doivent précéder les autres interventions. Telles de ces diverses colporrhaphies dont nous avons suffisamment parlé plus haut.

Vous le voyez, Messieurs, les procédés opératoires sont multiples, mais chacun d'eux s'adresse à un point spécial de l'étude des prolapsus. Souvent on doit combiner plusieurs interventions, en une seule ou en plusieurs séances. Toutes ces opérations dont je vous ai parlé, dans le choix desquelles j'ai voulu vous guider, ont fait leurs preuves. Elles ont donné de bons et excellents résultats toutes les fois qu'on a bien saisi l'indication et qu'on a bien réalisé l'exécution.

HOTEL-DIEU. — SERVICE DE M. TILLAUX

DE LA RÉTROFLEXION UTÉRINE

Leçons recueillies par **H. Rieffel**, interne du service.

Je désire aujourd'hui, Messieurs, vous dire quelques mots de la rétroflexion utérine. Je n'ai pas l'intention de vous présenter un exposé didactique complet de cette déviation; je veux seulement, à propos d'une femme que je vais opérer tout à l'heure devant vous, insister sur quelques points délicats du diagnostic et du traitement.

Notre malade est couchée au numéro 10 de la salle Ste-Marthe. Très nerveuse, elle souffre depuis quatre ans dans la fosse iliaque droite et dans la région hypogastrique; les douleurs qu'elle ressent sont continuelles, lancinantes, et d'une telle intensité qu'elle est venue de la province réclamer nos soins. Elle est encore vierge malgré ses 24 ans: détail intéressant à noter dans le cas particulier, car nous savons que les grossesses et les troubles de l'involution puerpérale jouent un rôle prédominant dans la pathogénie des déviations de la matrice. Or, bien que ce facteur étiologique ne puisse entrer en ligne de compte, bien que nous ne relèvions dans les antécédents aucun état pathologique de l'utérus, des annexes ou du péritoine pelvien, notre malade est atteinte d'une rétroflexion, et d'une rétroflexion très prononcée.

L'utérus, rectiligne à l'état normal ou plus souvent légèrement fléchi sur sa face antérieure au niveau de l'isthme, peut subir deux ordres de déviations en arrière : tantôt il éprouve dans sa totalité un mouvement de bascule, qui porte le fond vers le rectum et rapproche le col de la symphyse pubienne ; tantôt, au contraire, le segment cervical de la matrice reste fixe, immobile au fond du vagin avec lequel il conserve tous ses rapports ; mais le corps de l'organe, ren-

versé dans le cul-de-sac de Douglas, forme avec le col un coude ouvert en arrière, un angle droit ou même aigu. La première déviation, plus rare que la seconde, constitue la rétroversion. Celle-ci détermine parfois de la constipation par compression du rectum, et plus fréquemment des envies d'uriner, du ténesme, dû au refoulement et à l'aplatissement du col vésical contre le pubis par le col utérin reporté tout entier en avant. Au toucher vaginal, le doigt ne rencontre plus le museau de tanche, mais vient directement butter contre la face postérieure de la matrice.

C'est sous un aspect différent que se présente la seconde déviation désignée sous le nom de rétroflexion. Le col, dont les connexions anatomiques n'ont subi aucun changement, se sent au fond du vagin avec ses caractères normaux ; mais le cul-de-sac postérieur est occupé ou même rempli par une tumeur qui n'est autre que le corps de l'utérus. Pour arriver au diagnostic, nous avons à notre disposition le toucher rectal, le toucher vaginal, employé seul ou combiné au palper hypogastrique, enfin le cathétérisme utérin. Je ne vous dirai rien de ce dernier. En effet, à mon avis, son usage, qui n'est pas sans danger, doit être réservé aux cas douteux. D'ailleurs, les autres moyens d'exploration sont en général suffisants pour reconnaître une rétroflexion. Ainsi le doigt, longeant la paroi antérieure du rectum, constate la présence d'une tumeur ferme, plus ou moins arrondie, c'est le corps utérin. Toutefois, pour ne pas s'y tromper, il importe de bien s'orienter et de savoir que le col, exploré à travers la paroi rectale, paraît souvent augmenté de volume. Le toucher vaginal donne des renseignements plus précis. Les culs-de-sac antérieur et latéraux du péritoine sont libres ; le postérieur, au contraire, est déformé. On y trouve le corps globuleux de l'utérus séparé du col par une rainure plus ou moins profonde ; mais (et c'est là un point sur lequel je ne saurais trop insister), il est essentiel que le doigt ait, au niveau de la rainure, la sensation d'une continuité directe entre deux masses, l'une, col utérin, formant la paroi antérieure, l'autre,

corps de la matrice, occupant la paroi postérieure du cul-de-sac de Douglas. Enfin, pendant que l'index est dans le vagin, ne négligez jamais de palper l'hypogastre. Chez une femme assez maigre, à paroi dépressible, le doigt vaginal et la main appliquée sur l'abdomen arriveront ainsi au contact : preuve qu'il n'y a pas d'utérus interposé entre eux.

N'allez pas croire cependant, Messieurs, qu'à l'aide des signes précédents, vous reconnaîtrez toujours sans peine une rétroflexion utérine. Les fautes de diagnostic sont fréquentes dans l'espèce, car les causes d'erreur sont multiples et les renseignements fournis par l'exploration physique sont parfois susceptibles de plusieurs interprétations. Je vous rappelle que le doigt introduit dans l'anus peut prendre le col pour le corps de l'utérus ; mais, d'une part, le palper hypogastrique démontre la présence de la matrice à sa place normale, et, d'autre part, en touchant simultanément par le rectum et le vagin, les deux doigts saisissent la tumeur formée par l'utérus, si celui-ci est fléchi en arrière. La présence fréquente de matières stercorales accumulées dans l'ampoule rectale en impose souvent au premier abord pour une rétroflexion ; mais, si elles sont semi-dures, le doigt dans le cul-de-sac vaginal postérieur, les déprime et éprouve une résistance analogue à celle du mastic, et, si elles sont très dures, le toucher rectal tranche la question. Ce sont là, toutefois, des erreurs qu'un défaut d'attention peut seul expliquer. Il en est d'autres, plus sérieuses, plus difficiles à réellement éviter. Je fais allusion aux cas dans lesquels il existe bien une tumeur dans l'excavation de Douglas.

Plusieurs questions se présentent alors : Et d'abord cette tumeur fait-elle ou non partie intégrante de l'utérus ? Et, si elle fait corps avec lui, occupe-t-elle la matrice en situation normale ou en déviation postérieure ? Enfin, si la tumeur en est indépendante, remplit-t-elle seule le cul-de-sac vaginal, ou est-elle accompagnée d'un utérus en rétroflexion ? Vous voyez que le problème du diagnostic, si simple en apparence, se complique singulièrement. Je ne saurais bien entendu, l'en-

visager ici sous toutes ses faces et vous dire à l'aide de quels signes vous distinguerez, par exemple, le prolapsus de l'ovaire, une salpingite, un reste d'hématocèle; je veux uniquement attirer votre attention sur un cas particulier, important à connaître pour le clinicien, sur celui d'un fibrome de la paroi postérieure coïncidant ou non avec un utérus rétrofléchi. La matrice occupe-t-elle dans l'excavation pelvienne sa situation physiologique, le palper hypogastrique et l'exploration du cul-de-sac antérieur le démontrent aisément; par suite le diagnostic s'impose. Mais, supposons que le fibrome et la rétroflexion coexistent. Alors, de deux choses l'une : ou bien la tumeur est pédiculée, parfaitement isolable et le cas n'est guère embarrassant pour un doigt exercé ; ou bien le corps fibreux est interstitiel, siège dans l'épaisseur même de la paroi utérine, et le chirurgien se heurte à des difficultés parfois insurmontables. Les signes physiques sont, en effet, identiques dans les deux cas. C'est dans ces circonstances qu'on a surtout vanté le cathétérisme comme moyen de diagnostic par excellence. Il fournit, je l'avoue, de bons renseignements dans la première alternative, lorsque le myome est pédiculé; mais la marche de l'affection peut seule nous éclairer sur l'existence d'une métrite parenchymateuse avec rétroflexion ou d'un fibrome utérin intrapariétal postérieur avec rétroflexion.

Les effets de cette déviation, considérés en dehors des accidents imputables aux lésions causales ou concomitantes sont très variables. Il est des femmes chez lesquelles la rétroflexion ne provoque aucun trouble fonctionnel et n'empêche même pas la conception ; ainsi, mon éminent ami, le professeur Pajot a observé un cas dans lequel, au quatrième mois de la grossesse, l'utérus se redressa brusquement pour se développer dans l'abdomen ; la déviation se reproduisit, il est vrai, après l'accouchement. Mais vous verrez aussi d'autres femmes, chez lesquelles la flexion de la matrice est une cause de stérilité ; vous en rencontrerez qui souffrent d'une façon continuelle et éprouvent des douleurs excessives irra-

diant vers la région rénale. J'ajoute que chez les jeunes filles, il n'est pas rare que la déviation provoque des troubles graves de la menstruation. Notre malade, cependant, a toujours été bien réglée ; néanmoins, elle souffre depuis trois ans et le décubitus prolongé auquel nous l'avons astreinte depuis son entrée, n'a pas réussi à atténuer l'intensité des phénomènes douloureux. Comment expliquer ceux-ci ?. Devons-nous les rattacher à une compression de quelques filets nerveux au niveau du coude que forment le col et le corps utérins ? Faut-il admettre, comme le veulent certains gynécologistes, que l'établissement de la période génitale ait éveillé les symptômes d'une déviation restée latente jusqu'à ce moment et datant peut-être de la naissance ? Il est difficile de se prononcer. Peu importe, du reste, la solution de ces détails purement théoriques. Ce qu'il est infiniment plus utile de savoir, c'est que la douleur résulte bien moins souvent de la déviation elle-même que de la métrite qui l'engendre, l'accompagne ou l'aggrave. Cette proposition est capitale, et je vous engage à la retenir, à la fixer dans votre esprit, si vous ne voulez pas dans votre pratique vous exposer à des échecs thérapeutiques.

Vous devez en effet, Messieurs, au point de vue du traitement, analyser et apprécier exactement la part qui revient à la métrite et la part qui revient à la rétroflexion dans la pathogénie des accidents douloureux. Sans cette distinction, vous risquez de faire fausse route. S'il existe avec une rétroflexion des phénomènes congestifs et inflammatoires du côté de la matrice, c'est à les combattre que doivent tendre tous vos efforts ; et si vous réussissez à guérir la métrite par des moyens appropriés, vous serez parfois surpris de voir toutes les souffrances disparaître, malgré la persistance de la déviation utérine.

Dans un second groupe de faits, bien moins riche que le précédent, la rétroflexion existe seule sans l'ombre de métrite. Que faire alors ? Avant d'agir, il faut vous assurer du degré de mobilité et de réductibilité de l'utérus. Celui-ci, en effet,

n'est pas toujours redressable, soit que des brides résistantes unissent le corps et le col, soit qu'une inflammation scléreuse ait altéré la texture de la paroi utérine au niveau du coude de flexion. La matrice est-elle enclavée dans le petit bassin, solidement fixée par des adhérences péritonéales, toute inter vention active est formellement contre-indiquée : bien moins utile que nuisible, elle ne procure alors aucun soulagement, elle peut provoquer des accidents graves, des pelvipéritonites aiguës, etc. Mais, si l'utérus est libre, non augmenté de volume (et c'est le cas chez notre malade), s'il est redressable, si les mouvements imprimés au col se propagent au corps de l'organe, vous devez essayer de corriger la position vicieuse. Réduire et maintenir la réduction : telle est l'indication qui se pose. Comment y satisfaire ?

Bien des moyens ont été préconisés. Je ne ferai que vous signaler les courants continus, le massage de l'utérus et le redressement manuel pratiqués à l'aide de deux doigts introduits dans le rectum, pendant que l'index de l'autre main porté dans le vagin, fixe le col utérin. Mais je veux insister davantage sur un procédé qui, à mon avis, est très bon, car je lui dois plusieurs succès, et qui est inoffensif, car je ne l'ai jamais vu déterminer d'hémorrhagies, de métrites, de perforations du fond de l'utérus ; je veux parler du redressement mécanique par l'hystéromètre, que vous me verrez exécuter tout à l'heure. La malade doit être endormie car les manœuvres ne laissent pas que d'être douloureuses.

Vous introduisez doucement la sonde, en ayant soin d'en tourner la convexité vers le pubis et de donner à l'instrument une direction oblique en arrière pour lui faire suivre sans peine la courbure du canal utérin. En procédant avec lenteur et sans la moindre violence, vous éprouvez un peu de difficulté pour passer le coude de flexion. Vous avez la sensation d'un obstacle franchi ; puis le cathéter atteint aisément le fond de la matrice. Vous le retirez légèrement, pour que le bec de l'instrument ne puisse contusionner la paroi, et vous faites basculer l'utérus en vous servant du manche de l'hys-

téromètre comme d'un levier. La main, appliquée sur l'hypogastre, arrive en général en contact de la tige métallique et vous permet de reconnaître que la réduction est bien faite. Si vous éprouviez quelque difficulté à relever l'utérus, il est utile d'aider à son dégagement hors du cul-de-sac de Douglas au moyen de deux doigts introduits dans le rectum. Puis vous retirez la sonde et la manœuvre est terminée. Il va sans dire que les précautions antiseptiques les plus strictes sont de rigueur, aussi bien avant que pendant et après l'opération.

Une seule séance suffit parfois pour amener un soulagement, presque immédiat, et même pour calmer à jamais les souffrances. Mais un premier échec ne doit pas vous décourager et vous ne réussirez souvent qu'après deux ou trois tentatives. Ceux d'entre vous qui suivent assidûment le service ont pu voir, au mois d'août dernier, au numéro 3 de la salle St-Marthe, une femme de 34 ans que j'ai traitée par ce procédé. Atteinte depuis sa deuxième grossesse remontant à trois ans d'une rétroflexion des plus douloureuses, elle avait essayé en vain mille remèdes pour se procurer quelque soulagement. Depuis cinq mois, les souffrances étaient extrêmes, continuelles, rendaient la marche presque impossible, et le décubitus, même prolongé, ne produisait qu'une faible amélioration. Deux séances de redressement mécanique ont suffi pour amener la disparition de tous les accidents. Nous n'avons pas revu la malade à laquelle nous avons conseillé de porter un pessaire ; mais j'ai tout lieu de croire que sa rétroflexion ne s'est pas reproduite, car elle était si satisfaite du résultat obtenu, qu'à la moindre alerte, elle fût certainement revenue nous consulter.

C'est là, Messieurs, un beau cas de guérison par le redressement utérin. Mais, s'il compte à son actif un chiffre respectable de succès, il faut reconnaître que dans bien des cas, il est impuissant à corriger la déviation ou plus exactement à maintenir la réduction. C'est alors, mais alors seulement, que vous êtes autorisés à intervenir par une méthode sanglante.

On a proposé, dans ce but, le raccourcissement des ligaments ronds et la suture de la matrice à la paroi abdominale. Je n'ai jusqu'à présent pratiqué ni l'une ni l'autre de ces opé rations ; mais j'avoue que la seconde me séduit plus que la première. Dans celle-ci, encore connue sous le nom d'opération d'Alexander, le chirurgien met à nu la partie terminale des deux ligaments ronds, les isole des tissus environnants, les attire au dehors jusqu'à ce que l'utérus ait repris sa situation normale, puis les suture à l'anneau inguinal. Plusieurs conditions plaident, à mon avis, contre le raccourcissement des cordons sus-pubiens appliqué à la cure de la rétroflexion : d'abord, il n'est pas toujours aisé, malgré des repères anatomiques très précis, de découvrir les fibres éparpillées du ligament rond au milieu de la graisse de la région pubienne, et bon nombre de chirurgiens sont restés en route sans avoir pu les trouver, en dépit des recherches les plus minutieuses ; d'autre part, si la rétroflexion est très accusée, les tractions qu'on exerce me paraissent plutôt exagérer que corriger l'attitude vicieuse de l'utérus. En troisième lieu, il me semble qu'après des grossesses répétées, l'insertion des ligaments ronds doit se déplacer de haut en bas et que, par suite, ces cordons n'agissent plus aussi efficacement que chez la jeune fille sur la situation du corps utérin ; enfin, et c'est là l'objection capitale, il y a lieu de faire des réserves très sérieuses sur la permanence des résultats immédiats et sur la question des récidives. Aussi, pour ma part, si j'avais à traiter un utérus mobile, redressable, dont la déviation ait résisté au cathéter mécanique, je préférerais faire d'emblée la laparotomie et suturer la face antérieure de la matrice au péritoine pariétal. Mais, quelque rationnelle qu'elle paraisse, cette opération, baptisée des noms divers de ventrofixation, utérorraphie, hystéropexie, est encore trop nouvelle, pour qu'on puisse apprécier sa valeur thérapeutique ; l'avenir seul jugera (1).

(1) Nous avons sur notre malade pratiqué le redressement ; mais elle

CONTRIBUTION A L'HISTOIRE DES GROSSESSES TRIPLES

Par **A. Pinard**, agrégé de la Faculté,
Accoucheur de la Maternité de Lariboisière.

Les grossesses triples sont très rares, les observations complètes les concernant le sont plus encore, leur histoire n'est qu'ébauchée et depuis quelques années seulement, dans les traités classiques ; pour ces raisons je crois devoir donner avec détails la relation d'un fait de ce genre observé récemment dans mon service, et le faire suivre de quelques réflexions.

La première partie de l'observation a été rédigée par M. Mantel, mon interne, la seconde par Mlle Carrier, sage-femme du service.

Grossesse triple diagnostiquée quinze jours avant l'accouchement. — Mort subite au début du travail. Extraction des trois fœtus vivants.

La nommée Alexandrine D..., femme D..., âgée de 38 ans, couturière, entre le 27 octobre 1888, à la Maternité de Lariboisière, salle Mauriceau, nº 2.

Cette femme ayant toutes les apparences d'une constitution normale et d'une bonne santé habituelle, ne présente aucun fait intéressant à relever dans ses antécédents héréditaires. Née à terme, régulièrement réglée, elle n'a jamais fait de maladie grave, et ne présente aucun signe de diathèse quelconque. Sa taille mesure 1 m. 62. Elle a eu 5 grossesses antérieures, normales, terminées par des accouchements spontanés, à terme et par le sommet. Quatre enfants sont vivants et bien portants à l'heure actuelle.

6e grossesse (grossesse actuelle) : les dernières règles ont eu lieu

n'a éprouvé qu'un soulagement très passager pendant deux jours. Depuis, elle souffre comme par le passé. M. Tillaux se propose de faire sous peu une seconde et même une troisième tentative, et, si elles échouent, d'exécuter l'utérorraphie.

dans le courant du mois de février 1888; jusqu'à l'époque de son entrée à la Maternité, tout s'est passé normalement. Cette femme a pu continuer à se livrer à ses occupations. Elle accusait néanmoins de temps à autre des accès de dyspnée assez pénibles mais toujours très passagers.

Dans la journée du 27 octobre, elle ressentit quelques douleurs, et pensant qu'elle était sur le point d'accoucher elle vint à la Maternité de Lariboisière où elle fut admise à 9 heures du soir.

A son entrée, on constata que cette femme, grande, amaigrie, paraissant normalement constituée, sans traces de rachitisme, présentait tous les signes d'une grossesse datant de huit mois environ.

La santé générale paraissait satisfaisante ; l'examen du cœur, des poumons, des différents viscères fut négatif.

Ce qui attirait l'attention c'était le développement du ventre. L'utérus paraissait beaucoup plus volumineux qu'il ne l'est à cette époque de la grossesse dans la grossesse simple. Son fond remontait à 10 cent. 5 environ au-dessus de l'ombilic, et il disparaissait de chaque côté sous les fausses côtes. Il existait un très léger degré d'œdème sus-pubien, et un peu d'œdème péri-malléolaire. Varices peu développées au niveau des membres inférieurs.

Au palper, la tension de l'utérus n'était pas exagérée; ses parois assez minces rendaient l'examen facile. On trouvait très nettement 3 pôles fœtaux indéniables ; l'un ballottait au fond de l'utérus et à droite, disparaissant sous le rebord costal droit; un 2e ballottait à gauche; enfin on en retrouvait un 3e très net ayant tous les caractères du pôle céphalique, ballottant au-dessus de la symphyse pubienne à peu près sur la ligne médiane; l'auscultation permettait de constater l'existence de 2 maxima : l'un à gauche entre l'épine iliaque et l'ombilic, le 2e en haut et à droite au-dessus de l'ombilic.

Au toucher, bassin normal, col largement déhiscent, membranes intactes, et 4e pôle : une tête très nettement engagée. Les douleurs peu intenses d'ailleurs qui avaient amené la femme à Lariboisière disparurent rapidement.

Le lendemain matin, le 29 octobre, M. Pinard examina cette femme, et fut conduit par son premier examen à admettre l'existence probable d'une grossesse triple; mais il se réserva d'examiner la femme plus longuement et suspendit son diagnostic.

Après deux examens minutieux, sa conviction fut faite, et le 30 à la visite du matin il dit textuellement aux élèves du service : « Je ne peux pas ne pas porter le diagnostic de grossesse triple ; le palper, pratiqué avec méthode, me force à faire ce diagnostic ». Il leur fit constater, et plus tard à MM. Champetier de Ribes et Stapfer, l'existence bien nette de six pôles fœtaux.

Un pôle fœtal, une tête, occupait l'excavation, se continuant, par un plan résistant regardant à gauche et en arrière, avec un siège ballottant sous les fausses côtes gauches. Deux autres pôles céphaliques. L'un en bas au-dessus de la symphyse pubienne et au niveau de l'éminence iléo-pectinée droite ; cette tête est assez mobile ; l'autre occupant le fond de l'utérus à droite, c'est le pôle le plus élevé. Les deux derniers pôles, 2 sièges, occupaient l'un la ligne médiane au fond de la cavité utérine, l'autre la fosse iliaque droite ; les deux plans résistants de ces 2 fœtus étaient moins nettement perceptibles, et des six pôles fœtaux ce fut jusqu'à la fin le siège occupant la fosse iliaque droite dont la perception fut la moins facile.

Des trois foyers d'auscultation, l'un siégeait entre l'épine iliaque gauche et l'ombilic ; les 2 autres moins nettement séparables étaient perçus en haut et à droite au-dessus de l'ombilic. Ils se déplaçaient du reste assez fréquemment.

La grossesse continua à évoluer normalement, sans déterminer de troubles notables de la santé générale. Les examens assez prolongés auxquels cette femme était soumise chaque jour, ne paraissaient même pas la gêner notablement : elle allait et venait dans les salles, rendant même quelques petits services.

A deux ou trois reprises on crut quelle allait entrer en travail ; mais les douleurs se calmèrent comme la 1re fois. La santé générale se maintenait bonne ; l'examen du cœur et des poumons, répété plusieurs fois, resta toujours négatif.

Néanmoins le ventre grossissait et donnait à la mensuration les chiffres suivants :

4 novembre. Circ. omb., 112 cent.

Le 7. Circ. omb., 115 cent.

Le 12. Circ. omb., 116 cent.

A partir du 10 novembre la malade se plaignit de respirer difficilement, mais ses accès de dyspnée étaient très passagers et peu intenses, puisquelle supportait encore les examens de chaque matin (sans oreillers) sans en souffrir particulièrement.

Le 13, lors de la visite, elle causa gaiement avec M. Pinard; elle se leva après la visite.

Vers 6 heures du soir quelques contractions douloureuses apparurent et se succédèrent jusqu'à neuf heures du soir. A ce moment elle se plaignit de ne pouvoir respirer et on alla prévenir Mlle Carrier.

Note remise par Mlle Carrier.

« A 9 heures 1/2 du soir, une infirmière vient me chercher pour la femme couchée au n° 3 de la salle Mauriceau, prise subitement d'étouffements.

Je trouve en effet dans la salle d'attente du service, accoudée à une fenêtre ouverte, cette femme qui dit ressentir de petites douleurs depuis quelques heures et se trouver très oppressée; elle parle néanmoins facilement, mais elle est légèrement cyanosée et anhélante.

Elle se rend seule jusqu'à la salle d'accouchements, refusant en riant le bras qu'on lui offrait.

En y arrivant elle ressent une contraction douloureuse, qui détermine un véritable accès de suffocation. La malade devient violacée, demande de l'air, sa respiration est sifflante. Elle est assise dans un fauteuil près de la fenêtre ouverte. Cet état, et la contraction qui paraît l'avoir produit, durent une demi-minute environ; après quoi la respiration redevient normale, les lèvres seules restent un peu violacées.

Elle prend quelques cuillerées de sirop d'éther et se trouve mieux.

Je l'examine alors, toujours assise dans son fauteuil, et je trouve le col effacé, l'orifice externe dilaté comme une pièce de 2 fr., à bords réguliers et souples, une tête engagée, recouverte encore par les membranes.

Après l'avoir fait coucher, ou mieux asseoir dans son lit soutenue par une pile d'oreillers, je romps les membranes dans le but de diminuer la tension intra-utérine, et j'envoie une infirmière prier l'interne du service de venir immédiatement, pensant qu'il serait peut-être possible d'extraire le premier fœtus par le forceps.

Tout cela a été l'affaire de quelques minutes.

Coup sur coup D... a deux ou trois contractions, et chaque fois les phénomènes précédemment décrits se renouvellent avec une intensité de plus en plus marquée.

Brusquement, à la suite d'un nouvel accès plus violent, la malade s'écrie « j'étouffe », se renverse en arrière, fait trois ou quatre inspirations spasmodiques et reste immobile.

Une écume sanguinolente s'échappe de la bouche, la pupille est largement dilatée, la vessie et le rectum se vident instantanément.

J'ausculte le cœur ; il a cessé de battre. Plusieurs piqûres d'éther, des frictions, des pressions sur la cage thoracique, la respiration artificielle restent sans résultats.

Abandonnant alors la mère qui est bien morte, je ne poursuis plus qu'un but : extraire les enfants le plus rapidement possible.

Seule, sans une aide, je ne puis songer au forceps, ni placer la femme en position obstétricale.

J'introduis, au travers de l'orifice qui n'oppose aucune résistance, ma main droite dans l'utérus. Je refoule la tête et j'arrive assez difficilement, parmi des extrémités multiples, à saisir un pied ; le fœtus évolue facilement et est rapidement extrait : il ne crie pas mais respire.

Pour ne pas perdre de temps, n'ayant pas de ciseaux sous la main, je casse le cordon et l'abandonne sans ligature.

Ma main, immédiatement réintroduite dans l'utérus, dont la cavité paraît énorme, rencontre une grande poche membraneuse flasque, qu'elle ne peut rompre. Je saisis un membre au travers et je l'attire dans le vagin, il rompt les membranes, c'est un bras ; en le prenant pour guide, j'arrive sur un pied qui vient pour ainsi dire de lui-même se placer dans ma main, et j'extrais, sans plus de difficultés, un second enfant qui se met aussitôt à crier.

Je confie la ligature et la section du cordon à l'infirmière qui vient de revenir, et pendant ce temps je réintroduis une troisième fois la main droite qui se perd à nouveau dans les membranes, les rompt par le même procédé que précédemment, et extrait le 3e fœtus dont la tête plus volumineuse résiste davantage. Il ne respire pas mais son cœur bat faiblement.

Au bout de quelques minutes d'insufflation la respiration s'établit.

Il ne s'est écoulé que très peu de sang pendant ces trois opérations qui n'ont pas duré cinq minutes. Il y a environ 10 à 12 minutes que la mère a rendu le dernier soupir, il est 10 heures du soir.

Les placentas restent adhérents. Les trois enfants sont en bon

état; ce sont dans l'ordre de leur extraction : 2 filles et un garçon.

La première, fille, la plus petite, pâle, ayant perdu un peu de sang avant qu'on ait pu faire la ligature du cordon rompu, pèse 2150.

La deuxième, fille, pèse 2720 gr.

Le 3e, garçon, 2950 gr. »

Voici maintenant les résultats de l'*autopsie* pratiquée le 15 novembre à dix heures du matin.

(L'utérus ne fut pas ouvert à ce moment; enlevé avec soin je le fis congeler afin d'en faire des coupes. Cette dernière étude fera l'objet d'une publication prochaine. Il y avait trois poches distinctes, mais seulement deux masses placentaires.)

La paroi abdominale mesure à peine 3 millimètres d'épaisseur sur la ligne médiane.

A l'ouverture de la cavité, il s'écoule une petite quantité de liquide séro-sanguinolent. (Le même liquide fut retrouvé dans les plèvres et le péricarde.)

On peut, à l'aspect que donne la cavité abdominale ouverte, la diviser en trois segments égaux et superposés.

Le segment inférieur est occupé par l'utérus.

Le segment moyen par la masse intestinale.

Le segment supérieur par l'estomac très distendu par des gaz.

La partie apparente de l'utérus mesure du bord supérieur de la symphyse à la masse intestinale qui recouvre sa partie supérieure : 8 centimètres.

En soulevant la masse intestinale, on aperçoit le fond de l'utérus distant du bord supérieur de la symphyse de 24 centimètres.

L'utérus est incliné à droite et tordu sur son axe. On aperçoit la trompe gauche dans une étendue de 3 cent. environ, la trompe droite est invisible. Le diamètre transverse maximum de l'utérus est de 19 cent.; il est représenté par une ligne oblique allant de la trompe droite à 3 cent. au-dessus de la trompe gauche.

L'utérus enlevé, sa face postérieure mesure, du col à la partie la plus élevée du fond, 30 centimètres.

Les *ovaires* seront décrits ultérieurement par le professeur Mathias Duval, qui a bien voulu se charger de leur examen.

Le *foie* est énorme, il pèse 3220. Son aspect est celui qu'il offre généralement à la fin de la grossesse.

Les *reins* sont simplement congestionnés.

La *rate* est grosse et diffluente.

Le *cœur* est surchargé de graisse surtout à droite; il pèse 410 gr.

La paroi du ventricule droit a une épaisseur de 3 millimètres.

La paroi du ventricule gauche mesure 13 millim. d'épaisseur.

Il n'y a que du sang diffluent, gelée de groseilles, dans toutes les cavités.

Pas de lésions des valvules.

Les poumons sont congestionnés, quelques adhérences pleurales. 150 gr. de liquide séro-sanguinolent dans la plèvre.

Rien d'anormal dans le cerveau.

EXAMEN HISTOLOGIQUE *du foie et du cœur* fait par M. Mantel.

Foie. — Le foie est le siège d'une congestion très intense que dévoile l'élargissement considérable des capillaires distendus par des amas de globules rouges. Cette congestion est essentiellement diffuse et frappe également toutes les parties du lobule soit à la périphérie, soit au centre au voisinage de la veine sus-hépatique. En certains points, l'afflux sanguin a été assez considérable pour occasionner des hémorrhagies au sein du tissu hépatique.

Ces foyers apoplectiques présentent un aspect et une structure différents suivant l'ancienneté de la lésion : tandis que les uns, les plus récents, sont constitués par un amas de globules rouges à peine déformés et au milieu desquels on aperçoit les cellules hépatiques dissociées, comprimées mais à peu près intactes, les autres au contraire sont le siège d'un processus de réparation se traduisant par le développement, au sein des thromboses, de cellules jeunes se colorant vivement par le carmin.

Ces éléments embryonnaires sont d'autant plus abondants que le foyer est plus ancien. En aucun point cependant nous ne les avons vus envahir toutes la masse nécrobiosée, ce qui semblerait prouver que si les hémorrhagies se sont produites par poussées successives, leur début est de date récente.

Quoique se colorant moins bien que d'habitude par le carmin et l'hématoxyline, les cellules hépatiques paraissent peu altérées.

Cœur. — Le tissu conjonctif est plus abondant qu'à l'état normal et forme en pénétrant entre les fibres musculaires, des cloi-

sons à larges mailles, en général peu épaisses. Il est surtout abondant autour des vaisseaux.

Les artères sont le siège d'une endartérite assez marquée pour les oblitérer presque complètement. Les veines sont atteintes au même degré que les artères et paraissent plus étroites qu'à l'état normal.

Les fibres musculaires plus pâles présentent une striation moins nette que normalement, et ne sont atteintes en aucun point de dégénérescence granulo-graisseuse.

RÉFLEXIONS. — Je crois qu'il est de quelque intérêt de mettre en lumière certains points de cette observation.

La *physionomie* de cette grossesse ne présenta rien de caractéristique. Sauf quelque gêne passagère de la respiration, aucun phénomène de compression ne fut apparent. Le développement exagéré du ventre vers le 5e mois, assez souvent noté par les auteurs, ou bien n'a pas existé, ou n'a pas attiré l'attention de cette femme.

L'œdème existait à peine au niveau de la région sus-pubienne et au niveau de la région péri-malléolaire, et cela jusqu'au dernier jour.

Il y avait quelques varices, mais moins développées qu'on ne les observe souvent à la fin d'une grossesse simple chez une primipare.

Le décubitus dorsal et horizontal fut supporté jusqu'à la fin. La marche fut possible et relativement facile jusqu'au moment de la mort.

En résumé : grossesse paraissant être admirablement supportée.

La *durée* de cette grossesse ne différa pas sensiblement de la durée d'une grossesse simple normale. L'époque de la dernière apparition des règles, le volume des enfants démontrent en effet que la grossesse est allée à terme ou tout près du terme, fait qui n'est pas très commun.

J'arrive au diagnostic. Bien des auteurs et des plus récents disent que pour faire le diagnostic d'une grossesse triple, il faut d'abord penser à cette hypothèse. Cela serait bien si quelque chose de particulier, de spécial, pouvait faire naî-

tre cette idée. Malheureusement il n'en est rien le plus souvent, et les partisans de cette méthode, par trop subjective, nous en fournissent la preuve, en nous rapportant des observations de grossesse triple méconnue et en ajoutant : nous aurions fait le diagnostic si nous y avions pensé.

Je crois la méthode objective bien supérieure, mais à une condition, c'est qu'on la connaisse et surtout qu'on sache s'en servir.

Chez notre femme, rien n'avait éveillé chez les personnes déjà expérimentées qui l'avaient examinée avant moi, l'idée d'une grossesse triple. Moi-même, après avoir regardé cette femme, vu son ventre, je ne pensais nullement à cette hypothèse. Le volume du ventre était, il est vrai, considérable, mais il n'avait rien d'exagéré; la tension des parois abdominale et utérine n'était pas plus grande que celle qu'on observe dans les grossesses doubles, ou même dans certaines grossesses simples, alors qu'il y a un *gros œuf*.

Ce qui a fait naître en moi l'idée d'une grossesse triple, c'est le *palper*, pratiqué méthodiquement. Après avoir trouvé l'excavation remplie par une tête, j'explorai le fond de l'utérus, et je trouvai assez facilement, successivement, trois pôles ou grosses extrémités à ce niveau qui me parurent distinctes au premier abord.

En bas, je trouvai bientôt un second pôle ; le troisième fut moins nettement perçu à mon premier examen que je ne voulus pas prolonger, cette femme ayant été examinée par plusieurs personnes avant mon arrivée.

C'est pour cette raison que je suspendis mon diagnostic jusqu'au lendemain, car je me demandais encore si l'une des grosses parties que j'avais perçue au fond de l'utérus n'était pas constituée par une tumeur fibreuse.

Un second examen leva tous mes doutes, et j'avoue qu'il fallut que mes sensations fussent bien nettes, que j'eusse perçu avec certitude les six pôles et les trois plans résistants, pour affirmer, devant tous mes élèves, l'existence d'une grossesse triple.

Ainsi, le palper seul me permit de reconnaître la présence de trois fœtus, et leur attitude. Je reconnus que deux têtes étaient en bas, l'une engagée, l'autre au niveau du grand bassin et un peu à droite, la troisième au fond de l'utérus. Cette attitude des fœtus persista jusqu'au moment du travail. Je la retrouvai tous les jours. La superposition des fœtus qui existerait si souvent d'après certains accoucheurs, dans les grossesses doubles, mais que je n'ai jamais rencontrée, a également fait défaut dans ce cas.

Je ne fus pas le seul à faire ce diagnostic. Je priai mon collègue Ribemont Dessaignes de venir examiner cette femme, sans lui dire de quoi il s'agissait, et, lui aussi, après avoir simplement pratiqué le palper, fit le diagnostic de grossesse triple.

J'ajouterai que plus de vingt personnes firent ensuite ce diagnostic.

L'*auscultation* fit constater la présence d'un foyer à gauche et en bas bien isolé, mais permit d'entendre des pulsations fœtales dans toute la moitié supérieure droite de l'utérus, sans qu'il fût possible de délimiter deux autres foyers. Un foyer qu'on avait cru isolé la veille à ce niveau s'était déplacé le lendemain. Seul le foyer de gauche, appartenant au fœtus dont la tête était engagée, resta permanent. Les deux autres situés à droite un peu au-dessus de l'ombilic ne purent être assez dissociés, ni par la distance ni par la différence du nombre des pulsations, pour qu'on pût affirmer deux autres foyers distincts.

Le *toucher* ne faisait pas constater autre chose de spécial qu'une déhiscence du col assez prononcée. Bien qu'il y eût trois poches distinctes, on ne trouva à aucun moment de poche bi ou tri-lobée.

En résumé, dans ce cas, comme dans celui que j'ai observé et diagnostiqué en 1876 à la Clinique d'accouchements, c'est le palper qui me permit de constater et d'affirmer la présence de trois fœtus dans l'utérus.

J'arrive maintenant au drame qui termina la scène.

En présence de cette mort subite, on peut se demander et je me suis demandé si je n'aurais pas dû intervenir et faire accoucher cette femme avant terme : j'avoue que je ne me sens pas coupable.

Rien ne faisait prévoir une semblable terminaison. L'examen du cœur pratiqué à maintes reprises par mon interne M. Mantel, par les D[rs] Boissard, Varnier, Potocki, Lepage, par moi-même, n'avait jamais rien révélé d'anormal. L'auscultation de la poitrine n'a jamais fait entendre ni râle, ni souffle ; la tension de la paroi utérine n'a jamais été très marquée : la circonférence abdominale maxima, prise quotidiennement ne montrait en aucune façon un développement rapide et exagéré ; seule, une gêne passagère de la respiration se montrait de temps à autre. Je ne crus pas trouver là une indication suffisante pour provoquer le travail.

Quant à la cause de la mort de cette femme, je ne puis l'attribuer qu'à l'arrêt du cœur. Cette femme a dû avoir le *cœur forcé*. Il est probable que dès le début du travail, sous l'influence des contractions utérines, la tension devint considérable dans le système circulatoire et que le cœur déjà fatigué fut rapidement forcé. Je donne cette explication pour ce qu'elle vaut. Mais je ne vois pas pour ma part d'autre cause, car sauf le volume énorme du foie qui pesait 3220 grammes, et la dilatation et la minceur des parois du ventricule droit, l'autopsie ne révéla rien autre chose.

L'examen histologique du foie et du cœur ne permet guère de faire d'autres suppositions.

Il est un autre point de cette observation que je désire mettre en lumière ; je veux parler de l'accouchement.

On ne saurait trop louer, je pense, la décision rapide prise par M[lle] Carrier, en face d'une situation si angoissante ; mais ce qu'il faut remarquer également, c'est la facilité avec laquelle elle put faire pénétrer la main à travers un orifice incomplètement dilaté quelques instants avant, et repousser la tête primitivement engagée pour aller chercher un pied.

Ce fait prouve une fois de plus combien il est facile d'in-

troduire la main dans l'utérus pendant la période agonique ou immédiatement après la mort, et justifie les efforts faits par mon ami le Dr Thévenot pour vulgariser en France la méthode de Rizzoli.

Pour terminer, je ferai remarquer combien le poids total des enfants était considérable :

Le premier pesait....................	2150
Le deuxième —	2720
Le troisième —	2950
Total......	7820

Ces trois enfants, très bien conformés, très vivaces, sont à l'heure actuelle très bien portants.

NÉCROLOGIE

Léon DUMAS

Le 21 décembre dernier la Faculté de Montpellier perdait un de ses membres les plus jeunes, les plus actifs et les plus instruits : le Professeur Léon Dumas.

A peine âgé de 39 ans, il succombait à une maladie dont il avait ressenti les premières atteintes six mois avant, et sur la nature et la gravité de laquelle il ne s'était fait, dès le début, aucune illusion.

Après avoir fait au lycée de Montpellier de solides études, il s'inscrivait à la Faculté de Médecine, où son père professait l'obstétrique, et ne tardait pas à être nommé interne des hôpitaux.

L'exemple de son père devait l'entraîner à étudier spécialement les Accouchements.

Aussi prit-il pour sujet de sa thèse inaugurale, soutenue

en 1873, la question si intéressante de l'*Hygiène des Maternités*.

Nommé au concours Chef de clinique obstétricale (1877-79), il publie chaque année le *Compte rendu de la clinique obstétricale de Montpellier*, un Recueil d'*Observations et de recherches cliniques relatives à l'influence de la tension artérielle puerpérale sur la marche des maladies et à l'état de la circulation pendant les suites de couches* (1878) et des mémoires sur un *Cliséomètre mixte applicable au détroit supérieur chez la femme vivante* (1879), sur un *Cas remarquable de lésions cardiaques*, et sur un cas de *Bassin vicié par suite de l'amputation du fémur dans le jeune âge*.

Frappé des faibles ressources de la Clinique, il commence en 1879, dans un *Mémoire relatif* à un projet de *Policlinique obstétricale*, une campagne qu'il ne devait plus cesser de poursuivre pour étendre le champ de ses observations, et rendre possible aux étudiants l'étude pratique d'une science dont il avait su apprécier les difficultés.

Un concours pour l'agrégation allait s'ouvrir en 1880. Dumas n'hésita pas à venir à Paris plusieurs mois à l'avance afin d'achever de se préparer à la lutte.

Ses efforts ne furent pas stériles, et sa thèse sur l'*Albuminurie chez la femme enceinte* assura sa nomination.

Rentré à Montpellier, il se livra tout entier à l'enseignement, et de 1880 à 1885 il ne laissa guère s'écouler de jour où il ne professât, soit pour remplir ses devoirs d'Agrégé, soit comme suppléant bénévole de son père dont l'âge éteignait l'activité. Ce labeur considérable ne l'empêchait pas de donner des travaux intéressants sur le *Nouveau-né* (1883), sur la *Dilatation præ-fœtale de la vulve* (1883), sur un cas d'*Opération césarienne*, de Porro (1884), ni de se mettre sans bruit, car sa modestie était grande, en état de lire les travaux étrangers.

Sa *Contribution à l'étude de la dysménorrhée membraneuse*, traduit de l'italien ; son *Résumé critique* du mémoire de Léopold sur le bassin *scoliotique* et *cypho-scoliotique rachitique* publiés en 1881, en fournissent la preuve.

La retraite de son père en 1885 fut l'occasion de la transformation de la chaire Théorique d'accouchements en chaire de Clinique d'obstétrique et de gynécologie. Léon Dumas fut désigné pour occuper la nouvelle chaire qu'il s'empressa d'organiser au mieux des intérêts de la Faculté.

L'année suivante il était nommé chirurgien en chef de la Maternité.

Il était arrivé au comble de ses vœux.

Délivré de tout souci, il se livre avec ardeur au travail et publie ses *Nouvelles considérations sur la dilatation præfœtale de la vulve* (1885), des leçons cliniques sur la *Version en général* et *particulièrement la version par manœuvres externes* (1886), des mémoires, sur l'*Œdème du nouveau-né*, sur la *Phlegmatia alba dolens*, etc., etc.

Ses forces hélas, devaient bientôt le trahir sans lui laisser le temps de donner toute sa mesure.

Les travaux sortis de ses mains, au milieu de difficultés matérielles de toutes sortes, sont le gage de ce que réservait à la science cet observateur sagace doublé d'un opérateur habile et plein de sang-froid.

Quelques jours avant sa mort il nous entretenait, de sa voix défaillante, des projets caressés par son esprit toujours en éveil.

Combien de points de doctrine qu'il rêvait de discuter, que de recherches expérimentales, que d'études cliniques qu'il eût conduites avec son esprit original et menées à bien avec son grand bons sens !

Sous des dehors sévères et quelque peu froids d'abord, Dumas cachait une imagination extraordinairement vive et d'une fantaisie étonnante. Sa gaieté, sa bonne humeur étaient inépuisables.

Merveilleusement doué, artiste jusqu'au bout des ongles, il trouvait dans la poésie, dans la musique un délassement à ses travaux scientifiques.

A tous ces dons de l'esprit se joignaient, plus précieuses encore, les qualités de son cœur.

Dumas était bon; son amitié qu'il n'accordait pas d'emblée, était sûre et sans réserves.

Son aménité, sa droiture lui avaient fait des amis de tous ses collègues et de tous ses élèves.

Sa mort qui est une perte pour la science Obstétricale Française a frappé d'un coup douloureux le cœur de tous ceux qui l'ont connu.

Nous qui avons eu le bonheur d'être son ami, nous garderons toujours de Léon Dumas un souvenir à la fois douloureux et doux.

A. Ribemont-Dessaignes.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Verneuil. — **De l'amputation partielle du col dans le traitement du cancer de l'utérus.** L'importante communication de l'éminent chirurgien est un nouveau plaidoyer en faveur de l'*hystérectomie partielle.* Il rappelle les résultats que lui a fournis cette opération et qu'il a communiqués à ses collègues en 1884, et il y ajoute ceux obtenus depuis dans cinq nouveaux cas, en tout : 22 hystérectomies partielles pour cancer de l'utérus.

Or, en tenant compte du nombre des mois écoulés depuis l'opération jusqu'à l'époque : *a*) de la mort; *b*) de la perte de vue ; *c*) ou du moment où il a fait des communications, il a trouvé comme *moyenne* de survie, pour les femmes (17) de la 1re série, 23 mois; pour celles (5) de la 2e série 29 mois. D'autre part, ces chiffres sont plutôt défavorables, puisque, parmi les femmes perdues de vue, plusieurs peuvent avoir vu leur guérison se prolonger, et que, parmi celles qui survivent au moment même où la communication est faite, telle ou telle peut vivre encore de longs mois. La différence que présentent les deux chiffres de la survie moyenne s'explique par le nombre plus considérable d'opérations incomplètes dans la 1re série.

Sur la question si importante de la récidive, Verneuil a consigné les observations suivantes :

Récidives locales, 9.

Huit précoces, qui n'ont été que la continuation du mal après une trève généralement courte, *une tardive*, car la malade est encore en vie, 39 mois après l'opération.

Six fois, au moins, il a été reconnu, immédiatement après l'opération et à l'examen des pièces, que l'ablation n'avait pas été complète. Dans 12 autres faits, le foyer opératoire est resté indemne de toute répullulation.

Récidives a distance, 4, toutes les 4 tardives, n'ayant paru qu'après 6 ans, 3 ans (2 fois), et 15 mois, sans entraîner, d'ailleurs, trop rapidement la mort, puisqu'une opérée a vécu encore 4 mois, une autre toute une année, et que les 2 dernières ne paraissent pas menacées d'une mort très prochaine.

Récidive locale et a distance, 1.

Il est à noter que 5 des opérées ont été perdues de vue, que 3 sont depuis trop peu de temps encore en observation, et qu'en conséquence, on ne peut, à leur égard, formuler rien de précis quant à la récidive.

Il ressort évidemment, de l'examen des faits, que l'évolution ultérieure, post-opératoire du cancer, varie suivant qu'on a ou non totalement enlevé le tissu primitivement atteint; les 6 fois dans lesquelles il a été constaté, immédiatement après l'opération, que l'exérèse n'avait pas été complète, la maladie a simplement *continué* après un arrêt plus ou moins long. Toutefois, le fait que dans 12 cas, la récidive locale faisait encore défaut après plusieurs années, prouve qu'*il est moins difficile qu'on ne le pense d'enlever par l'hystérectomie partielle toute la partie malade de la matrice ;* point n'est besoin pour cela d'extirper toujours l'organe en son entier.

Mais ce dont témoigne l'analyse des observations, c'est que l'opération *irréprochable* du néoplasme utérin, si elle prévient la récidive locale, n'empêche pas, en particulier dans les ganglions pelviens, la repullulation à distance, laquelle est aussi grave que si l'épithélioma avait reparu dans le moignon.

La cause anatomique de l'insuccès réside moins dans l'utérus lui-même que dans ses dépendances lymphatiques, ce qui fait qu'au cas où ces dernières sont envahies, l'hystérectomie totale n'est pas plus efficace que l'hystérectomie partielle et reste seulement beaucoup plus laborieuse et infiniment plus grave.

Relativement aux dangers qu'on pourrait imputer à l'exécution même de l'opération, l'auteur n'a, sur les 22 cas, eu à regretter qu'une mort et 3 métro-péritonites, encore que la plupart de ces accidents se sont produits à une époque où les pansements antiseptiques étaient ignorés, et que, dans un cas, l'opérée, malgré les recommandations faites, s'était levée dès le 6e jour, avait quitté la salle où elle était couchée, et s'était exposée au froid.

En opposition avec ces faits; tirés de sa pratique personnelle, Verneuil place quatre cas d'**hystérectomie vaginale complète**, dont trois pratiquées dans son service par MM. Bouilly et Richelot, auxquels il servit d'aide. Sur les 3 cas, 2 étaient anatomiquement aussi favorables que possible : lésion bien limitée, vagin suffisamment ample, utérus bien mobile ; le 1er cas, moins bon : les culs-de-sac ne semblaient pas envahis, mais le col était volumineux et la matrice ne s'abaissait pas facilement ; toutefois l'exécution fut satisfaisante. Pas d'accident opératoire immédiat ; mais chez la 2e opérée, hémorrhagie secondaire *mortelle* le 3e jour ; chez la 1re, récidive nette bien avant la cicatrisation de la plaie opératoire ; chez la 3e, malgré les conditions les plus favorables, la récidive se produisit aussi au bout de quelques mois.

Conclusions. — L'hystérectomie partielle ou amputation du col, faite avec l'écraseur linéaire, et par le procédé des hémi-sections, est une opération recommandée à divers titres.

Elle s'applique à différentes affections du segment inférieur de la matrice : hypertrophies simples, allongements hypertrophiques, indurations inflammatoires avec hémorrhagies répétées ; néoplasmes variés, épithéliomas, papillomes, adénomes, sarcomes.

Sa *simplicité*, en facilite l'exécution, la rend accessible au plus grand nombre des praticiens.

Sa *bénignité*, rendue grande déjà par l'emploi des procédés non sanglants, est devenue à peu près absolue par l'adjonction des mesures antiseptiques.

Grâce à ces deux attributs, elle est presque toujours suivie de succès opératoire.

Pour juger son *efficacité*, il faut tenir compte de la nature de l'affection, de l'étendue des lésions, et enfin du but qu'on se propose en la pratiquant.

En cas d'hyperplasie histologiquement bénigne : hypertrophie simple, indurations inflammatoires chroniques, etc., le succès opératoire entraîne le succès thérapeutique.

En cas de néoplasie plus ou moins maligne (épithéliome, carcinomes et variétés), la cure radicale est encore possible, mais à la condition expresse que l'extirpation soit complète et qu'il ne reste aucune parcelle de tissu morbide, ni dans la partie conservée de l'utérus, ni dans les organes voisins, ni surtout dans les vaisseaux et ganglions lymphatiques.

En cas de néoplasie maligne et d'extirpation incomplète, l'efficacité n'est plus que relative, l'opération devient simplement palliative ; mais cette dernière, même dans des conditions défavorables qui la frappent de stérilité dans l'avenir, n'en est pas moins, dans le présent et pour un temps plus ou moins long d'une incontestable utilité, puisqu'elle atténue les accidents et prolonge la vie.

La présente note est écrite pour défendre l'hystérectomie partielle, plutôt que pour attaquer l'hystérectomie totale (1). Cette communication a été le point de départ d'une importante discussion dans laquelle l'hystérectomie totale a trouvé aussi d'éminents et zélés défenseurs. (*Bull. et mém. de la Soc. de Chirurg.*, t. XIV, 1888, p. 717.)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 13 *décembre* 1888.

Élections. — Sont nommés : président pour l'année 1889, M. Polaillon ; 2 vice-présidents, M. Dumontpallier et M. Bailly ; trésorier, M. Porack ; secrétaire annuel-adjoint, M. Greslou. Restent : secrétaire général, M. Charpentier ; 1er secrétaire annuel, M. Rey ; archiviste, M. Verrier.

Doléris termine sa réponse à M. Pajot.

Le Pileur, lit un mémoire important et très documenté, touchant l'**influence de la syphilis sur la mortalité infantile.** Ce mémoire repose sur une observation clinique prolongée, sur une analyse minutieuse de faits nombreux et soigneusement groupés, de façon à ne pas s'exposer à rapporter à la syphilis des phénomènes imputables à d'autres circonstances pathogéniques, telles que : alcoolisme, surmenage, misère physiologique, etc., etc. Il ressort de l'exposé de ces faits que les auteurs, loin d'avoir exagéré l'influence néfaste

---

(1) Au cours de son mémoire, le Prof. Verneuil a signalé aussi 4 cas d'*amputation du col pour affections non cancéreuses.* Deux fois, il s'agissait d'allongements hypertrophiques bénins de la lèvre antérieure ; dans les 2 autres d'indurations chroniques simulant à s'y méprendre l'épithélioma.

de la maladie syphilitique sur la mortalité infantile, l'ont au contraire présentée dans un jour plutôt trop favorable.

Loviot fait une nouvelle communication sur la **réduction manuelle des positions postérieures du sommet.** Il fait entre temps allusion à une observation dans laquelle M. Tarnier aurait échoué, dans la tentative de réduction manuelle, pour laquelle il aurait essayé de la méthode de Loviot. Or, celui-ci pense que son procédé n'a pas été appliqué, absolument, suivant la technique qu'il a indiquée. Il attribue l'échec à ce que l'opérateur a retiré trop tôt la main introduite dans le vagin et appliquée en arrière du pariétal postérieur. La condition essentielle de succès, c'est de ne pas retirer la main aussitôt que la tête a quitté le sacrum ou la région sacro-iliaque, qu'elle est devenue transversale, parce que, même à ce moment, le chemin gagné peut être reperdu. Il est facile de s'en convaincre si l'on réintroduit la main à plusieurs reprises. Pour réussir, il faut maintenir la main appliquée contre le pariétal postérieur, empêcher par une pression continue la tête de revenir en arrière, favoriser ainsi son mouvement en avant au moment de la contraction utérine, et ne retirer la main que lorsque l'occiput regarde franchement en avant.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE BERLIN

Séance du 22 juin.

Présentations : Löhlein. **Cancer du corps de l'utérus coexistant avec un fibro-myome interstitiel.** — La pièce pathologique provient d'une femme qui, environ six mois auparavant et 8 années après la cessation des règles, présenta un écoulement vaginal, purulent et sanguino-purulent. Mais le phénomène le plus pénible consistait en *accès douloureux, survenant chaque jour avec une grande régularité.* Ils commençaient vers 10 heures du matin, atteignaient leur acmé à midi, et, le plus souvent, cessaient vers les 4 heures de l'après-midi. On sait que Simpson a signalé ces crises douloureuses périodiques, commé étant liées au cancer du corps de l'utérus.

En conséquence, l'extirpation vaginale qui, en raison de l'étroitesse et de la rigidité du vagin, présenta des difficultés d'exécution exceptionnelles, fut pratiquée. On voit sur la pièce que la dégénérescence cancéreuse de la muqueuse s'était propagée jusqu'au

voisinage immédiat de l'orifice interne. Le nodule fibreux, situé à droite près de la tunique péritonéale, a la grosseur d'une noix et n'est pas atteint par le processus cancéreux.

EHLERS. **De la cautérisation au chlorure de zinc contre le cancer de la portion vaginale et du vagin.** — Il y a quelque temps déjà, Ely van de Warker (1) conseilla les cautérisations au chlorure de zinc contre les cancers superficiels, et attribua à cet agent thérapeutique une action spécifique. Löhlein a mis le procédé à l'épreuve, et remit à l'auteur, pour les soumettre à un examen microscopique minutieux, les fragments de tissu obtenus. On ne trouve dans la littérature médicale aucune donnée qui milite en faveur d'une action spécifique, et, à la vérité, les effets de ces cautérisations doivent être plutôt rapportées aux propriétés essentiellement hydrophiles du chlorure de zinc. Mais son application présente des inconvénients divers : incertitude du dosage, difficulté de circonscrire exactement l'action du topique sur les points intéressés. L'auteur a soigneusement examiné 4 cas : or, dans l'observation III seulement le résultat a paru, momentanément, heureux ; dans les cas I et IV ce sont des portions de tissu *saines* qui ont fait, exclusivement, les frais de la cautérisation ; enfin, dans l'observation II, la cautérisation s'est montrée absolument insuffisante. Et, par-dessus tout, on n'a constaté aucune action spécifique.

Discussion : Elle a également porté sur le travail communiqué par Bröse dans la séance précédente : de la cautérisation intra-utérine avec le chlorure de zinc. Ont pris part à la discussion : OLSHAUSEN, COHN, LÖHLEIN, VOWINCKEL, ODEBRECHT, VEIT, MARTIN, BRÖSE. Ce dernier, dans sa réponse collective, dit qu'on n'est en droit d'établir aucun parallèle entre son mode d'application du chlorure de zinc et les méthodes indiquées par Veit et Martin. Il n'a jamais constaté, consécutivement aux applications qu'il a faites, l'expulsion de fragments volumineux de tissu utérin, au contraire rien que des débris peu volumineux, constitués la plupart par des caillots muqueux comme on en voit s'écouler après des injections iodées. Mais il pense qu'*il n'existe pas, à l'heure actuelle, un moyen meilleur de guérir le catarrhe chronique de la matrice*, et il continuera à y recourir, même

---

(1) Vid. in *Ann. de gyn. et d'obst.*, septembre 1888, p. 196, la traduction que nous avons publiée de ce travail de V. de WARKER.

quand il devrait s'exposer aux risques de produire une sténose. Car, consécutivement à l'excision cunéiforme de la muqueuse cervicale, que les gynécologistes pratiquent lorsqu'ils n'ont pu, d'une autre sorte, guérir le catarrhe utérin, il a vu ces sténoses survenir. (*Cent. f. Gynäk.* 1888, n° 30).

SOCIÉTÉ ANGLAISE DE GYNÉCOLOGIE

Séance du 14 *novembre* 1888.

Présentations : F. BARNES.. **Tumeur fibreuse ayant subi des transformations calcaires.** — Tumeur fibreuse, dure, en partie calcifiée, qui a été enlevée sur une femme de 23 ans. Elle paraisssait s'être développée aux dépens de l'épiploon, et n'avait aucune connexion avec l'utérus ou les autres organes pelviens. On pouvait apercevoir et sentir, à travers l'épiploon, la présence au fond du bassin d'une masse calcaire. EDIS n'a jamais rencontré de cas semblable. Le bassin représentait en vérité une carrière à plâtre. La masse calcaire avait la consistance et la dureté d'une stalactite, et paraissait avoir envahi, non seulement le bassin, mais aussi la partie inférieure de l'abdomen. BANTOCK. Il est probable qu'il s'agissait d'un fibroïde de l'utérus qui, consécutivement à la torsion du pédicule, sera devenu libre dans la cavité abdominale, après avoir contracté des adhérences avec l'intestin. DICKINSON, qui a fait l'examen microscopique de la tumeur, a constaté qu'elle était composée de tissu fibreux et de cellules fusiformes, celles-ci en petit nombre et imparfaitement développées. BARNES insiste sur l'importance qu'il y a à soumettre dorénavant à la société toutes les observations analogues.

G. BANTOCK. — a) **Annexes de l'utérus**, provenant d'une femme mariée, âgée de 33 ans, qui avait eu un enfant, dix années auparavant. Santé compromise, albuminurie. Opération, qui permet d'enlever des trompes atteintes de salpingite suppurée. *Guérison.*

b) **Tumeur de l'ovaire avec torsion du pédicule.** — La tumeur était entièrement enveloppée par l'épiploon, et pleine de caillots sanguins durs. La femme mourut le 7e jour, en conséquence d'une rétention urinaire aiguë. La nécropsie révéla une altération profonde des reins et une dégénérescence très accusée du foie et du cœur. BARNES. On a prétendu qu'une opération pratiquée sur un sujet

albuminurique était fort dangereuse. Cependant, en certains cas, l'albuminurie elle-même n'est que sous la dépendance de l'affection primitive; celle-ci supprimée, l'albuminurie cesse.

FENTON. — **Un siphon pour les lavages de la cavité péritonéale.**

PURCELL. — **Un sarcome de la mamelle.** enlevée sur une femme de 43 ans. *Guérison.*

Discussion : D. SPANTON, H. SMITH, ROUTH, RUTHERFOORD, B. FENWICK, etc. (*Brit. med. J.*, décembre 1888, p. 1222).

Dr R. LABUSQUIÈRE.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE NEW-YORK

Séance du 2 octobre 1888.

PRÉSIDENCE DE HANKS

Impressions maternelles. — GRANDIN raconte le cas d'une bohémienne primipare, qui a mis au monde un enfant qui vécut 17 heures, et dont un des pieds était tourné en dehors. Le cordon n'était pas plus gros qu'un crayon; il était sinueux, noueux, et ne mesurait pas plus de 25 cent. La mère, enceinte de 3 mois, avait vu une mendiante pieds nus qui présentait une anomalie semblable à celle de son enfant. Elle fit part de cette rencontre, avant d'avoir connaissance de la monstruosité de son enfant.

La question de l'influence des impressions subies par la mère sur la conformation du produit est encore fort discutée. Barker a rapporté plusieurs cas qui parlent en faveur de cette influence (1). Grandin n'avait vu, jusqu'ici, aucun cas favorable à l'opinion de Barker.

MURRAY cite l'opinion populaire sur les envies et les malformations. Il connaît bon nombre de cas dans lesquels une impression ressentie par la mère semble avoir causé une difformité fœtale. Les monstruosités sont cependant le plus souvent la conséquence d'un arrêt de développement, comme dans le cas qu'il a rapporté dans une des précédentes réunions de la Société.

LE PRÉSIDENT n'a jamais constaté chez le fœtus la difformité

(1) Voir l'opinion de F. Barker et les expériences de Darwin, in *An. de gyn.*, 1886, II, p. 394, et *Histoire des monstres* par G. Martin p. 266 et suiv. (A. C.)

que la mère attendait. Il n'a pas eu de cas de difformité fœtale survenue après une secousse morale éprouvée par la mère. Ce fait, quoique possible, est improbable.

Mc Lean fait remarquer que, pour avoir une action sur le développement fœtal, l'impression maternelle devrait se produire au début de la grossesse et non entre le 4e et le 8e mois, ou dans la dernière quinzaine.

C. C. Lee. — **Double kyste ovarique** (présenté par le président). Le kyste droit contenait de 13 à 14 livres, et le gauche de 16 à 20 onces d'un liquide purulent. L'opération a été faite par Sp. Wells, c'est sa 1200e. Sp. Wells prend des précautions spéciales pour éviter l'entrée du liquide dans l'abdomen et l'issue des intestins. Il n'a pas compris le fascia dans sa suture.

La tumeur est un papillome confiné à l'intérieur du kyste. Les sutures ont été enlevées il y a 2 jours.

Lee Morrill. — **Laparotomie et expectation dans l'hématocèle** : Après un arrêt des règles depuis 2 mois, Mme G. fut prise de symptômes graves et soudains : pouls à 180, faible, peau froide et visqueuse. T. 35°,68. Quoique perdant peu de sang, elle semblait exsangue.

Le doigt rencontrait derrière l'utérus une grosse tumeur mollasse ; le col était repoussé en avant, l'utérus rétrofléchi.

Au bout de 3 jours, Mme G. rendit un corps qui semblait être une caduque âgée de 2 mois ; elle ne put être examinée parce que la garde la jeta.

L'auteur croit à une grossesse extra-utérine, dont le sac se serait rompu, et aurait produit une hémorrhagie intra-utérine.

La malade s'étant remise sans autre accident, Morrill se demande si, dans les cas d'hémorrhagie pelvienne, il faut toujours faire la gastrotomie, comme l'a indiqué Tait.

Ces hémorrhagies tuent rarement; le sang se coagule et s'oppose à l'épanchement d'une nouvelle quantité de sang. Le danger gît plutôt dans le choc, la suppuration et la péritonite. Il est, en pratique, impossible de distinguer l'hématocèle causée par la rupture d'un kyste fœtal extra-utérin, de celle qui reconnaît une autre cause. Morrill pose donc les questions suivantes :

1° Était-ce un cas de grossesse extra-utérine ? Si oui, sur quels symptômes se fonde le diagnostic ?

2° Lorsque nous avons un doute sur l'origine d'une effusion

sanguine de ce genre, devons-nous faire la gastrotomie pendant le choc, ou attendre ?

Mac Lean n'a vu que peu de cas de cette espèce, il a temporisé ; toutes ses malades ont guéri.

W. G. Wylie. — Si nous arrivons pendant que la tumeur se forme, avant le choc, la laparotomie est indiquée. Le médecin doit être guidé, non par des règles générales, mais par les indications du cas. La malade court un très grand danger si elle a, en plus, une maladie des trompes ou des ovaires, car la tumeur a été en contact avec du pus ; la temporisation serait une grosse imprudence.

J. Byrne. — Si le sang s'est répandu dans le péritoine, peu importe d'où il vient, il faut laparotomiser. Il y a néanmoins des hématocèles, fréquentes surtout chez les pluripares, qui ne viennent ni d'une grossesse ectopique, ni d'une maladie ovarique et qui ne justifieraient point la gastrotomie.

Le diagnostic de l'hématocèle sous péritonéale d'avec l'épanchement sanguin dans la cavité abdominale n'est pas difficile.

Lorsque l'épanchement, au bout de quelque temps, ne se résorbe pas, et s'amollit, il faut évacuer avec les précautions antiseptiques.

Lee a changé d'avis, il ne craint pas de l'avouer, depuis sa publication d'un mémoire sur ce sujet, et il affirme que lorsque nous voyons du sang s'épancher dans le péritoine, il faut ouvrir l'abdomen. Tait a raison. Cette opération ne peut être faite que par un *expert*.

Si l'on sent la tumeur se former, l'expectation est préférable.

L'hématome est rare dans l'avortement.

Coe s'élève contre la tendance actuelle qu'on a d'attribuer la plupart des hémorrhagies internes à la rupture d'un sac extra-utérin. Elles sont souvent de simples hématocèles. Une grande quantité de sang peut, sans danger, s'épancher et demeurer dans l'abdomen, pourvu que l'abdomen soit aseptique, et il l'est, s'il n'a pas été ouvert.

Il n'est pas certain que toutes les femmes opérées dans les conditions dont il est question n'eussent pas pu être sauvés sans être laparotomisées.

Coe, répondant à Wylie, reconnait ne pas avoir vu beaucoup d'autopsies, dans lesquelles l'épanchement n'était pas intra-péritonéal.

Wylie croit donc que la plupart des épanchements sanguins sont intra-péritonéaux.

Byrne sait bien que Bernutz, cité par Coe, et un grand nombre d'auteurs français, ont soutenu que presque toutes ces effusions se font dans le péritoine, mais leur opinion est fondée sur des autopsies, et l'amphithéâtre n'est pas le lieu où l'on voit l'hématocèle *sous*-péritonéale.

Bon nombre de pelvi-cellulites et d'abcès pelviens qu'on voit en consultation, sont la suite d'une hémorrhagie.

Byrne cite les expériences qu'il a publiées en 1862, sur l'hématocèle pelvienne. Il a fait des injections d'eau dans le tissu cellulaire; le liquide séparait aisément les feuillets du péritoine, pénétrait aisément dans la fosse iliaque, remplissait toute la cloison recto-vaginale, et remontait du côté opposé jusqu'au niveau du détroit supérieur. A ce moment l'examen vaginal faisait reconnaître l'existence d'une tumeur centrale, rétro-utérine.

Il a vu un cas d'hémorrhagie abondante dans le tissu cellulaire pelvien s'étendant jusqu'à la crête iliaque et sur le côté, presque jusqu'au niveau de l'ombilic. Byrne fit la ponction derrière l'utérus et en retira une grande quantité de sang fétide. Si l'évacuation n'avait pas été faite, il est fort probable que la collection sanguine aurait crevé et qu'on aurait, à l'autopsie, trouvé une hématocèle intra-péritonéale.

Enfin Byrne répète ce qu'il écrivait en 1862 : les veines utéro-ovariques minces, dépourvues de valvules (Kölliker) ne reviennent pas complètement sur elles-mêmes après l'accouchement, elles restent dilatées ; c'est cette condition qui est 80 fois sur 100 la cause des hémorrhagies sous-péritonéales.

Hanks. — Si la malade s'affaiblit rapidement, il faut ouvrir l'abdomen, pour lier les vaisseaux rompus. Il ne faut pas laisser séjourner des caillots sanguins dans le péritoine ; car, si la malade n'en meurt pas, elle ne se remettra pas complètement.

Dudley. — Tait a fait 30 fois la laparotomie pour des grossesses extra-utérines ; souvent il n'a pas trouvé d'embryon.

Les phlébolithes peuvent ulcérer les veines (Winckel). Si la veine se rompt du côté du ligament large, l'hémorrhagie est intra-péritonéale ; si elle se rompt de l'autre côté ; elle est extra-péritonéale.

Nilsen. **Laparotomie exploratrice, carcinome et fibrome.** — Nilsen a laissé un drain à demeure.

L'opérée est mieux, mais que peut-on lui faire ?

Wylie a pu, avec les précautions nécessaires, laisser des drains en verre pendant 4 semaines dans l'abdomen.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PHILADELPHIE

Séance du 8 juin 1888.

PRÉSIDENCE DE DA COSTA

C. B. Penrose. **Deux cas de grossesse extra-utérine, laparotomie, guérison.**

La première malade a eu du lait dans les seins, 3 mois après l'opération.

La seconde, comme la première, avait eu 4 enfants ; les symptômes, dans les deux cas, ont été des hémorrhagies et des douleurs dans le flanc gauche.

Discussion : M. O'Hara, Goodel.

W. L. Taylor. **Procidence utérine, épithélioma du col et du vagin.** — Mort au bout de 3 jours.

Joseph Hoffman. **Typhlite suivie d'un abcès pérityphlique.** — Ablation de l'appendice, guérison.

L'incision a été faite sur la ligne médiane.

Goodell a souvent enlevé l'appendice vermiculaire, il croit que ce diverticulum n'a pas d'usage.

J. Price, qui a vu le cas avec Hoffman, dit que, il y a quelques années, on n'osait pas toucher à l'appendice.

La pérityphlite récidive parfois.

Kelly dit que la pérityphlite est beaucoup plus commune chez l'homme que chez la femme.

M. O' Hara a perdu un de ses enfants d'une péritonite septique, causée par une rechute de typhlite.

M. Price. — Le péritoine peut, comme les autres organes, tolérer une grande quantité de pus.

Hoffman insiste sur la difficulté du diagnostic.

G. H. Shocmaker croit avoir vu un cas terminé par résolution.

Goodell présente des **trompes** et des **ovaires blennorrhagiques.** La malade a guéri.

Une **tumeur ovarique solide probablement maligne.**

La malade, âgée de 16 ans est guérie.

Un **fibrome utérin pesant 18 livres.** Ascite considérable.

Pembrose présente les pièces d'un cas traité en 1884 pour une pelvicellulite chronique. La femme avait un pyo-salpinx. L'ovaire gauche contenait 4 gr. de pus (1).

Séance du 6 septembre 1881.

PRÉSIDENCE DE DA COSTA

Goodell. **Une année d'oophorectomie.** — 19 opérations, 1 mort, causée par urémie et coma. Goodell a fait 10 oophorectomies, dans es années précédentes, sans une mort.

Fibrome	5	guérisons.	1	amélioration.
Ménorrhagie, ovaralgie	2	—	1	—
Ovaralgie	3	—	1	—
Épilepsie	1	—	1	—
Hystéro-névrose	1	—		—
Folie	2	sans résultat		
Pseudo-hypertrophie musculaire	2	sans résultat		

L'ablation des ovaires dans les fibromes utérins amène presque toujours la cessation des règles et la diminution de la tumeur.

Dans un cas de ménorrhagie avec ovaralgie, l'échec est dû à l'impossibilité d'enlever les deux ovaires.

L'insuccès dans un des cas d'ovaralgie, tient à la persistance de la menstruation. Les ovaires ont cependant été enlevés totalement. Ce fait est très rare.

Dans le cas d'épilepsie, les accès deviennent moins fréquents. L'enlèvement des ovaires, d'après l'expérience étendue de Goodell, produit presque toujours la guérison, chez les femmes qui n'ont des accès de folie que pendant leurs règles. Si la folie dure dans l'intervalle et s'exagère pendant les époques, on ne peut compter que

(1) J'ai traduit une *drachme* par 4 gr. chiffre un peu fort. Il n'est du reste pas possible de donner des équivalents exacts des poids anglais, les Anglais eux-mêmes discutent si leur livre a 437 grains ou 480 (V. *Brit. med. J.*, 1888, II, p. 1075 et suiv. Les uns se servent de la livre *Troy*, les autres de la livre *avoir du poids.* (A. C.)

sur une amélioration. En tout cas, l'amélioration ne se manifeste guère avant 2 ans.

Dans ses opérations, Goodell n'a pas employé le *spray*, mais il a fait de l'antisepsie minutieuse. Il a lié le pédicule et fait les sutures avec de la soie, et le pansement avec de la gaze imbibée de glycérolé phéniqué. Il n'a placé un drain qu'une fois, dans le cas terminé par la mort; mais le drain n'a rien à faire avec l'issue fatale.

H. A. Kelly a été consulté pour un cas de *convulsion de Salaam*. Il a refusé d'opérer. Deux ans plus tard, l'oophorectomie a guéri la malade.

M. Price demande à Goodell s'il a observé un ralentissement du pouls, au moment de la ligature du pédicule. Un opérateur a noté la chute du pouls de 30 à 35 pulsations au moment où il liait le nerf ovarique.

Goodell n'a observé que le collapsus, lorsqu'il comprimait l'ovaire.

J. Price attribue la persistance de la douleur après l'opération, à l'existence des adhérences. Il a opéré souvent dans des cas où la lésion ne consistait que dans des adhérences intestinales étendues; les résultats ont été très favorables.

Il n'opère pas pour les troubles nerveux; il préfère envoyer les malades à d'autres médecins.

M. Price a vu un cas où tout le mal venait d'adhérences intestinales. La malade n'a plus souffert depuis l'opération.

J. Hoffman a vu le pouls, qui était à 120, descendre à 58, peu d'heures après l'opération, quoique la température restât entre 38° et 39°.

Goodell a vu la température descendre à 36°,11, et audessous.

Les maladies des ovaires donnent lieu parfois à des symptômes qui peuvent faire croire à un anévrysme.

En l'absence de lésions positives, il opère volontiers dans les cas d'épilepsie et de folie; car la malade ne doit pas devenir mère. Il croit que le mariage devrait être défendu, par la loi, aux fous et aux épileptiques des deux sexes. Il croit même que le temps viendra où l'on châtrera ces deux sortes de malades.

Kelly rapporte l'opinion de Kerlin, qui croit que, si l'on opérait les idiots incurables dans leur jeunesse, les symptômes accen-

tués ne se développeraient pas, et on pourrait mieux les traiter.

J. M. BALDY a vu un cas d'épilepsie amélioré par l'oophorectomie.

J. PRICE a eu un succès dans un cas d'épilepsie menstruelle. La malade, néanmoins, au bout de 10 mois a dû rentrer dans un hôpital, où on l'a de nouveau gastrotomisée.

W. S. STEWARD a vu une malade affectée d'hémato-salpinx qui souffrait d'attaques épileptiques. L'opération l'a guérie.

H. A. KELLY. **Un cas d'opération césarienne.** — Rétrécissement considérable, mère et enfant vivants. C'est le 9e cas opéré à Philadelphie, depuis le cas historique de Mrs Reybold, que Gilson a opéré en 1835.

JOSEPH PRICE. **Abus de l'opération césarienne.** — L'opération, comme le disent les Anglais, n'est pas une opération de choix, mais de nécessité. Il ne faut pas la considérer comme *la nouvelle méthode maternelle de délivrance.*

Price cite le cas d'une femme, dont le diamètre conjugué avait 8 c. 89 ; elle accoucha, spontanément, d'un enfant dont le bi-pariétal mesurait 8 cent. 13.

Une autre avait accouché spontanément à terme. On lui fit l'opération césarienne à sa troisième grossesse. Elle fut longtemps à s'en remettre.

GOODELL fait remarquer que l'opération césarienne est faite, le plus souvent, par un consultant qui n'a pas suivi la *gestation;* et qu'il y a des femmes qui refusent la provocation de l'accouchement prématuré. Tant que la poche n'est pas rompue, la parturiente peut être en travail pendant un temps indéfini sans danger.

Discussion : H. A. KELLY, M. PRICE.

J. PRICE. **Fœtus extra-utérin de 3 mois.** Guérison. — **Kyste dermoïde.** Opération faite il y a 9 jours. L'opérée est bien.

SOCIÉTÉ GYNÉCOLOGIQUE DE CHICAGO

Séance du 29 *juin* 1888.

PRÉSIDENCE DE H. T. BYFORD

DANIEL T. NELSON. **Sarcome ovarique, torsion du pédicule enlevé dans une autopsie.** — Nelson préfère souvent l'incision explora-

trice à l'expectation lorsque l'état de la malade semble désespéré. La malade a eu neuf enfants ; après la naissance de son dernier, il y a 7 ans, elle resta 4 ans sans voir ses *règles ;* mais, dans les 4 dernières années, elle eut des hémorrhagies. Il y a un an, elle remarqua un écoulement liquide par l'anus. Elle semble avoir souffert de quelque inflammation circum-ovarique, à droite, puis elle perdit beaucoup de sang par le rectum, dit-elle, et elle fut soulagée ; plus tard l'inflammation reparut. Il y a 3 mois, elle commença à grossir et son médecin la crut enceinte, mais ne l'examina pas.

A son entrée à l'hôpital, le 7 juin 1888, âgée de 39 ans, elle avait le pouls à 104. T. 38° ; le soir pouls 132 et T. 38°,22. Deux jours après, le pouls et la température avaient un peu baissé. On aurait pu opérer, mais on attendit un moment plus favorable, qui ne vint pas. La tumeur, un peu adhérente à la paroi abdominale, présente à ce niveau de la congestion veineuse ; le pédicule n'était pas assez tordu pour qu'elle soit nécrosée. L'utérus était seulement un peu congestionné.

Discussion : ETHERIDGE, FENGER. H. T. BYFORD.

FENGER. **Fibro-cysto-sarcome utérin.** — Fenger, ne trouvant pas d'hémorrhagie à la fin de l'opération, ne plaça pas de drain. Le 10 juin, il rouvrit l'abdomen et évacua 3 ou 4 onces de sang, mêlé de pus. L'opérée eut des eschares au sacrum et mourut dans la 3e semaine.

La coupe de la tumeur est semblable, comme le dit Dupuytren, aux parois du ventricule du cœur.

Dans un cas semblable, Fenger opérerait comme il l'a fait, et énucléerait la tumeur sous-séreuse, puis, si l'utérus n'est pas ouvert, il laisserait le moignon dans le péritoine ; finalement, si le microscope dévoile un fibro-sarcome, il ferait l'amputation par la voie vaginale.

Aux questions d'ETHERIDGE, FENGER répond que peut-être le drainage aurait sauvé l'opérée, et que c'est le volume de la tumeur qui l'a empêché de l'extirper par le vagin ; qu'il ne ferait pas l'hystérectomie vaginale, le même jour que l'ablation abdominale de la tumeur, malgré l'avantage qu'elle donnerait, d'après ETHERIDGE, d'un drainage parfait.

H. T. BYFORD. **Fibro-myôme sous-séreux du col, et kyste ovarique. Kystes dermoïdes de l'ovaire. Opération de Tait** (pièces). — Les

trois opérées sont bien. La troisième était menacée de perdre la raison.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE CINCINNATI

Séances du 12 *avril et du* 21 *juin* 1888.

PRÉSIDENCE DE GILES G. MITCHELL

TH. A. REAMY. **Gros calcul vésical chez une jeune fille.** — La pierre pèse 21 gr. 90; l'opérée a 7 ans. Reamy fut obligé de faire une incision au périnée; elle guérit par première intention. Il ne sutura pas la vessie; et la malade a actuellement une fistule vésico-vaginale longue de 12 millim. qu'il opérera prochainement.

J. G. HYDMAN croit que la pierre, très dure, est composée d'urate de soude, qui se précipite souvent pendant les accès de fièvre, communs dans l'enfance.

On peut assez souvent le faire dissoudre en donnant au malade des carbonates alcalins.

W. H. TAYLOR a vu un gros calcul, dont la forme lui permet de croire qu'il a commencé à se former dans l'uretère.

TRUSH croit qu'il vaut mieux, à cause de l'épaississement de la paroi vésicale, ne pas fermer immédiatement la plaie de la vessie.

PALMER a souvent incisé la vessie, mais jamais pour extraire un calcul. Si l'incision ne se rapproche pas du sphincter, ni des uretères, elle ne présente pas de danger.

CLEVELAND a extrait un calcul dont le noyau était un crayon d'ardoise, et une tente de laminaire, introduits par erreur par une femme qui voulait se faire avorter, et un calcul friable chez un enfant de 6 ans.

REED a eu, une fois, quelque peine à extraire une sonde de Skene, qui était demeurée 3 jours dans la vessie d'une femme, tant elle était déjà couverte d'incrustations.

TAYLOR a eu la même difficulté, au bout de 24 heures.

RUFUS B. HALL. **Laparotomie faite pour l'enlèvement des annexes, dans un cas d'inflammation pelvienne à répétition.** — Les souffrances de la malade étaient beaucoup aggravées par la vie conjugale, si bien qu'elle se sépara de son mari.

Son état devint plus pénible dans une école où elle alla pour

compléter son instruction, et où elle devait souvent monter et descendre.

Lorsque Hall la vit, en mars dernier, elle avait une petite tumeur douloureuse, grosse comme une petite orange, derrière l'utérus, mais pas de rétroflexion.

La laparotomie faite, Hall trouva tous les organes adhérents; la tumeur rétro-utérine était l'ovaire droit, adhérent, ainsi que la trompe; Hall les enleva.

W. H. WENNING. **Énorme sarcome intéressant les deux ovaires et une trompe, chez une jeune fille.** — L'abdomen était ascitique. Il fut impossible à cause de la friabilité des tissus, de placer des pinces hémostatiques. L'intestin était parfaitement normal. Wenning fit faire des lavages fréquents de l'abdomen. L'opérée mourut au bout de 3 jours. Elle avait 17 ans.

T. A. REAMY raconte un cas de tumeur maligne de l'ovaire. Il enleva les 2 ovaires. L'opérée mourut le 9e jour.

(Résumé d'après *Am. Journ. of. Obs.*, novembre 1888, p. 1172 à 1219, par A. Cordes.)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE WASHINGTON

Séance du 6 *avril* 1888.

PRÉSIDENCE DE BUSEY

J. T. WINTER. — **Cas d'abouchement des uretères à la surface externe des grandes lèvres.**

G. N. ACKER. — **Inflammation des glandes salivaires, survenant après l'accouchement.**

La malade accouchait pour la 4e fois; la délivrance a été facile. Mme R. est nerveuse, et présente un bruit d'insuffisance mitrale. Deux jours après son accouchement, elle se plaignit de douleurs et de raideur dans le gosier; la glande sous-maxillaire était grosse et douloureuse. Le 4e et le 5e jours, la température atteignit 37°,78; les lochies n'offrirent rien de particulier. Le côté gauche fut pris le premier, puis le droit.

Dès le 11e jour la malade alla mieux, elle se rétablit complètement sans que les glandes aient suppuré. Le traitement consista dans l'administration de la quinine et des laxatifs.

Acker cite ensuite Mundé, Goodell, Sutton, Taber Johnson, Mann, Emmet, Baker, Reamer, S. Keith, Möricke, P. Berth et H. Schröder qui ont vu le gonflement des glandes maxillaires survenir à la suite d'opérations faites dans la sphère génitale.

M. Ardle croit que le cas de Acker est un cas de septicémie et non de sympathie. Les anciens avaient néanmoins reconnu un rapport entre l'utérus et le cou (1).

Fry croit aussi à une origine septicémique.

W. W. Johnston, de même. Il note la relation qui unit les glandes salivaires et le tube digestif.

King croit qu'il serait utile d'observer cette relation chez les animaux.

Séance du 20 avril 1888.

PRÉSIDENCE DE BUSEY

D. W. Prentiss. — **500 cas d'accouchement dans la pratique particulière.**

1° Durée moyenne de la grossesse à dater du début de la dernière menstruation 278 jours et demi.

2° Mouvements perçus, à dater du même jour, 133 jours et un tiers.

3° et 4° 203 garçons, 210 filles, chez les primipares 48 garçons, 44 filles.

6° Poids moyen des enfants 8,2 livres (2).

7° Durée moyenne du travail depuis le moment où les douleurs se sont régularisées, 10 heures 1/2; chez 69 primipares, 16 h. 8.

8° 279 présentations du vertex, 1re position, 133; 2e, 21; 3e, 6 4e, 16. Directes antérieures, 4; directes postérieures, 3.

11 présentations du siège.

2	—	de la face.
2	—	des pieds.
2	—	de l'épaule.
1	—	de la tête et du thorax.
1	—	du tronc.
2	—	du front.

(1) Catulle l'a noté dans son Épithalame.
Nonillam nutrix orienti reviseus.
Hesteno potcrit circumdare filo (A. C.).

(2) C'est sans doute la livre *avoir du poids*, ce qui donne 3 k. 319.

Mères au-dessous de 25 ans, 106; entre 25 et 35 ans, 180; 35 ans et au-dessus, 78 = 364.

Pères au-dessous de 25 ans, 32; entre 25 et 35, 171; 35 ans et au-dessus 147 = 350.

10° 5 jumeaux.

11° Primipare de 13 ans, 1. Primipare de 38 ans, 1.

43 applications de forceps (12,64 0/0).

2 cas d'hydrocéphalie congénitale.

3 cas d'adhérence placentaire.

3 cas d'éclampsie.

1 fœtus de 6 mois 1/2, pesant 2 livres 1/2; a vécu.

3 cas d'éclampsie.

5 cas de fièvre puerpérale, 2 morts (adhérence du placenta).

2 cas de chorée gravidique, guéris par le sulfate de zinc, 60 centig.; toutes les 4 heures.

2 cas d'hydatides, au 5e mois.

2 cas de manie puerpérale, guéris.

2 fœtus acéphales.

3 cas de pied bot varus.

5 morts (1/100); 2 de placenta prævia, 2 de septicémie, 1 de convulsions.

Une des femmes présentant un placenta prævia, était morte lorsque Prentiss la vit, l'autre était mourante.

Pour T. C. Smith la variété dite *directe* de la position du vertex n'est que transitoire.

Les déformations du bassin semblent rares dans la localité qu'habite Prentiss.

Fry approuve l'application fréquente du forceps et lui attribue la brièveté relative de l'accouchement. Il insiste sur l'utilité de l'antisepsie.

Ford Thompson. — L'antisepsie absolue est impossible, en obstétrique, puisque l'accoucheur agit dans une cavité. S'il injectait assez d'antiseptique pour tuer les germes, il tuerait la femme.

L'antisepsie, en réalité, n'est donc que de la propreté.

Hagner croit qu'on peut désinfecter l'utérus puerpéral. Les désinfectants ne tuent peut-être pas les germes, mais ils les mettent hors de combat.

Thompson. — L'iodoforme ne tue pas les bactéries, mais il stérilise les plaies. Les lavages font un grand bien, quoiqu'ils ne constituent pas de l'antisepsie vraie.

W. W. JONHSTON croit à l'antisepsie de l'avenir.

KING. — Une solution de sublimé à 1/10000 suffit pour empêcher le développement des germes. Si l'injection n'enlève que la moitié des germes, elle fait déjà du bien. Un vagin lavé, puis protégé par de la gaze et un tampon iodoformé, est bien près d'être aseptique. La diminution de la mortalité dans les Maternités montre bien la valeur de l'antisepsie.

FRY. —La solution de sublimé à 1/40000 empêche le développement des germes morbifiques, la solution à 1/20000 les détruit, l'ébullition ne les détruit pas tous.

PRENTISS, en terminant, dit qu'il n'a eu qu'une déchirure du périnée intéressant le rectum; elle n'existait pas après la délivrance; elle est due à une gangrène du périnée. Il n'a pas observé d'hémorrhagie *post partum*. Il ne donne de l'ergot que s'il est indiqué. Il ne fait pas d'injections *ante partum* et ne donne des injections antiseptiques que si les lochies sont fétides.

Il suture immédiatement les déchirures, fréquentes chez les primipares.

Séance du 4 *mai* 1888.

PRÉSIDENCE DE BUSEY

J. T. WINTER. **Croup**. — Mémoire fort intéressant, historique, complet. L'auteur cite plusieurs cas où le tube a glissé dans la trachée, pendant le *tubage du larynx*.

S. S. ADAMS considère le croup et la diphtérite comme identiques; le croup siége dans le larynx et la diphtérite dans le pharynx. Cette affection, locale au début, devient générale par l'absorption des produits septiques.

W. W. JOHNSTON croit que le croup *membraneux* n'est pas contagieux; le croup *diphtéritique* l'est.

La plupart des membres, Johnston en particulier, trouvent entre le croup et la diphtérite cette différence que l'un ne laisse pas d'ulcérations, et que la seconde détruit les tissus.

Les études de PRENTISS lui ont démontré que ces deux affections n'en font qu'une.

Séance du 18 *mai* 1888.

PRÉSIDENCE DE BUSEY

J. TABER JOHNSON. — **Ablation des annexes chez une nymphomane affectée de myôme utérin. Mort au neuvième jour d'une péritonite septique, causée par la rupture d'un abcès.**

FORD THOMPSON. **Déchirure du périnée chez une enfant de sept ans.** — L'enfant était tombée sur la pointe d'un poteau. Le vagin était déchiré jusqu'au niveau du col ; le sphincter anal était aussi déchiré. La plaie, survenue peu après l'accident, s'est bien cicatrisée ; l'opérée est bien.

THOMAS E. MC ARDLE. — **Conséquences fâcheuses des précautions prises contre la conception.**

L'auteur laisse, à dessein, de côté, la question au point de vue moral, dont il saisit néanmoins l'importance.

Le moyen conseillé par Malthus pour éviter l'excès des naissances est de se marier tard; il n'est donc pas juste de mettre sous son nom des pratiques immorales. Mc Ardle cite des cas de mort rapportés par Bergeret, et de métrite constatés par divers auteurs.

La métrite chronique est la conséquence naturelle de l'acte incomplet, les versions et les flexions peuvent en résulter. La femme, être ultra-sensitif, souffre dans tout son système nerveux, profondément ébranlé ; elle devient stérile, et ne peut plus être mère lorsqu'on ne recherche plus son infécondité.

L'auteur termine son mémoire par l'affirmation que le seul moyen certain de n'avoir pas d'enfant est de s'abstenir du coït.

G. W. JOHNSTON. — Il est bien malaisé de savoir dans quelles limites les moyens préventifs agissent pour causer des maladies utérines ; car les malades ne sont guère portées à les avouer et leurs conséquences ne sont pas caractéristiques.

J. T. JOHNSON cite un cas où le mari, comme la femme, souffrait de névrose, à la suite de cette sorte de précaution.

J. FORD THOMPSON ne croit pas que l'emploi du *condom* puisse nuire à la femme, car l'orgasme de la femme précède l'émission du sperme.

(Résumé d'après *l'Am. J. of obst.*, 1888, p. 941 à 978, par A. Cordes.)

SOCIÉTÉ GYNÉCOLOGIQUE AMÉRICAINE. 13e SÉANCE ANNUELLE (WASHINGTON) (Suite) (1).

18-2 *septembre* 1888.

PRÉSIDENCE DE M. BATTEY

BATTEY (de Rome, Georgie) lit son **discours présidentiel**, dans lequel il parle de l'état et du but de la *Société*, puis, d'une manière générale, des questions de priorité.

DUDLEY (de Chicago). **La pince comparée avec les sutures et les ligatures dans l'hystérectomie vaginale.** — Dudley décrit tous les détails de l'opération. Pour lui il n'est pas nécessaire de faire basculer l'utérus, ni, comme le font les Allemands, de curer l'utérus quelques jours avant d'opérer.

L'emploi de la pince permet de gagner beaucoup de temps; l'hémostase est rapide et sûre; le moignon se détache plus facilement et laisse derrière lui une surface nette; la pince assure le drainage; enfin l'opération permet, grâce à l'emploi de la pince, d'espérer une statistique plus belle.

Dudley croit avoir été le premier à se servir des pinces pour remplacer les sutures. Péan, le premier, les a employées pour l'hémostase.

J. B. HUNTER est partisan de la pince; il préfère la modification que Polk a faite à celle de Richelot.

H. T. BYFORD (de Chicago), REAMY et LANE (de Californie) préfèrent encore les sutures.

C. M. GREEN (de Boston). **Rupture spontanée de l'utérus.** — 4 cas, guérisons.

G. HEWITT. **Vomissements graves de la grossesse.** — Les causes les plus importantes sont les versions et les flexions utérines, l'induration du col, les tumeurs abdominales, l'endométrite, l'alcoolisme chronique, les maladies pelviennes.

Les femmes enceintes ne vomissent pas toujours.

FORDYCE BARKER. — L'antéflexion ne cause pas toujours des vomissements chez les femmes enceintes; mais la rétention de l'urine peut les produire.

SKENE et G. WYLIE ajoutent quelques mots.

(1) Vid in *Ann. de gynéc. et d'obst.*, décembre 1888 p. 465.

W. Polk. **Traitement de l'endométrite par les drains de gaze.** — L'utérus étant dilaté et lavé, est tamponné lâchement avec de la gaze iodoformée ; ce pansement est enlevé au bout de 24 heures. Polk estime que ce traitement, répété s'il y a lieu, peut souvent remplacer le curage ; il est particulièrement applicable aux cas d'endométrite hémorrhagique.

E. Van de Warker. **Dangers de la galvano-ponction dans les tumeurs pelviennes.** — Il cite 3 cas ; dans l'un, la malade eut de la fièvre après la séance d'électricité ; dans le deuxième, la tumeur dégénéra en kyste ; dans le troisième, la malade mourut d'épuisement et de fièvre hectique au bout de 57 jours.

T. Parvin (de Philadelphie) reconnaît les dangers de ce traitement.

Baker, de même, mais il croit qu'il peut être utile dans certains cas d'effusions inflammatoires.

H. F. Campbell (d'Augusta, Georgie). **L'infécondité ; quelques-unes de ses causes, son traitement.** — L'auteur étant absent, le secrétaire lit le titre de ce mémoire.

H. Marion Sims. **Importance du microscope dans le traitement de la stérilité.** — 1° L'homme peut-il accomplir l'acte sexuel ? 2° La femme le peut-elle ? 3° Les spermatozoaires sont-ils sains ? 4° L'ovule est-il sain ? 5° La muqueuse cervicale est-elle saine ? 6° Existe-t-il un obstacle qui empêche les spermatozoaires d'arriver au contact de l'ovule ? Tels sont les points qu'il faut résoudre.

Il est probable que l'imprégnation se fait dans la trompe, dans laquelle les spermatozoaires se trouvent peu après la copulation.

Les causes les plus fréquentes de la stérilité chez la femme sont : les flexions, les versions, les déchirures du col, les maladies cervicales, l'étroitesse extrême du museau de tanche.

Fordyce Barker. — Le Dr Sims vient de dire que la femme peut concevoir après 55 ans, mais Sara, femme d'Abraham, est la seule à qui ce soit arrivé (1). Si une femme accouche tardivement pour la première fois, elle court quelques dangers, causés par la rigidité des parties molles.

J. B. Hunter croit que la dilatation rapide du col est moins favorable à la conception que la dilatation progressive.

---

(1) La *Gazette obstétricale de Paris*, 1873, p. 422, cite, d'après le *Lyon Médical*, une grossesse à 56 ans. (A. C.)

Wilson (de Baltimore) attribue une grande importance au traitement de la muqueuse aprés la dilatation.

Battey. — Dans le Sud, la ménopause ne vient guère qu'à 50 ans; et on voit quelques femmes être réglées à 55 ans. La conception, à cet âge, n'est donc pas impossible.

Coe et Johstone ajoutent quelques mots.

J. B. Hunter. **Influence de la grossesse sur les maladies pelviennes.** — Les maladies congestives sont aggravées; de même les maladies de l'anus, de la vulve et du vagin et les déchirures du périnée et les maladies du col et de la vessie. Les calculs vésicaux n'augmentent pas toujours pendant la grossesse. L'antéflexion congénitale cède souvent, mais dans les autres déplacements, l'inflammation tend à augmenter, les fibromes sont peu influencés, mais les petits polypes peuvent donner lieu à des hémorrhagies. Les tumeurs ovariques et para-ovariques peuvent éclater ou devenir adhérentes.

Les maladies tubaires s'aggravent toujours; mais la paramétrite peut ne pas augmenter. L'effet produit par la grossesse dépend de sa durée.

Discussion : Skene, Bache Emmet, Cameron (de Montréal).

Engelmann. **Les nouvelles méthodes électro-thérapiques en chirurgie gynécologique.** — L'électricité ne doit pas se substituer à la chirurgie, mais elle en est un utile adjuvant. Bien appliquée, elle n'est pas dangereuse; son application permet à la malade de continuer ses occupations. Elle est fort utile dans les néoplasmes et les tumeurs interstitielles; elle peut rendre des services dans les fibromes et les myómes; dans la sténose cicatricielle, elle donne de trés bons résultats dans la métrite chronique.

Engelmann fait l'application de l'électricité par une ponction vaginale. Il l'a trouvée dangereuse, dans un petit nombre de cas.

H. P. C. Wilson a vu un gros fibrome pariétal diminuer des 2/3.

G. Hewitt préfère souvent l'électrisation aux opérations sanglantes dont on abuse.

Parrish croit qu'il faut essayer l'électricité dans tous les cas, sauf dans les abcés, qui doivent être ouverts aussitôt reconnus.

M. D. Mana (de Buffulo). — **Grossesse ovarique.**

Janvrin (de New-York). **Indication de la laparotomie hâtive dans la grossesse tubaire.** — Dans un cas rapporté par Janvrin, le

diagnostic fut établi dès la 5e semaine ; la malade mourut après 3 jours d'électrisation. Il préfère la laparotomie, aussitôt que le diagnostic est établi.

HANKS (de New-York). **Diagnostic de la grossesse ectopique, traitement, deux cas.** — Sur 97 cas cités, 31 n'ont pas subi d'opération ; 18 femmes, sur ces 31 succombèrent : 1, dans le 1er mois, 5 dans le 2e, 3 dans le 3e, 3 dans le 4e, 2 dans le 5e, 2 dans le 6e, 1 dans le 8e.

95 0/0 des cas peuvent être reconnus avant la fin du 3e mois. La grossesse ectopique est, presque toujours, tubaire au début.

Hanks a traité ses 2 cas par l'électricité, il a réussi.

HARVEY (de Calcutta). — La laparotomie est encore au berceau dans l'Inde, et les malades répugnent à s'y soumettre.

J. C. REEVE (de Dayton, Ohio). — Lorsqu'on touche le kyste, on y sent un mouvement vasculaire ; le diagnostic lui paraît relativement aisé.

Reeve fait l'éloge de l'électrisation.

GORDON (de Portland, Maine) préfère la laparotomie aussitôt que le diagnostic est fait.

JOHNSTON croit que l'une des pièces de Mann est une tumeur dermoïde.

Le médecin est rarement appelé avant la rupture de la poche. Lawson Tait n'a vu qu'un cas, sur 70, avant cette rupture.

KOLLOCK (de la Caroline méridionale) est partisan de la laparotomie, aussitôt que le diagnostic est certain.

W. GILL WYLIE. — Le diagnostic est difficile, mais, dès qu'il est fait, il faut laparotomiser.

ENGELMANN. — Si le diagnostic n'est pas certain, il faut essayer l'électricité.

TYNDALL (Caroline du Sud) est partisan de la laparotomie.

A. PALLMER DUDLEY (de New-York) cite des cas d'erreur de diagnostic.

COE, JANVRIN, HANKS, ajoutent quelques observations.

Puis on procède aux élections. H.C.P. WILSON est élu président de la prochaine session qui aura lieu à Boston le premier mardi de septembre 1889.

ASSOCIATION AMÉRICAINE DES OBSTÉTRICIENS ET DES GYNÉCOLOGISTES. 1re SESSION ANNUELLE (WASHINGTON).

18-20 *Septembre* 1888.

W. H. Taylor (de Cincinnati) lit le **discours annuel**. Après quelques mots d'introduction, Taylor traite la question de la fécondité décroissante chez les Américaines. Elle est attribuée en partie à l'avortement provoqué. Sans doute, cette cause a son importance, mais Taylor insiste sur le défaut d'application des règles hygiéniques, surtout dans les classes riches. Taylor croit aussi qu'on attribue trop d'importance aux organes génitaux, dans la production des névroses. Il n'est pas plus rationnel de châtrer une « femme « qu'un homme, pour la guérir d'une épilepsie, ou d'une maladie « nerveuse vague », a dit Wathen. A. Vander Veer croit de même que l'ablation des annexes utérines ne guérit pas l'hystéro-épilepsie.

L'incapacité que présentent bien des mères, à allaiter leurs enfants, tient, en grande partie, à des habitudes qui tendent à gêner le développement des mamelles.

Taylor traitera, dans une prochaine réunion, la question de l'anesthésie obstétricale. Puis il termine par quelques considérations sur l'antisepsie.

Cordes (de Genève, Suisse). **Traitement de l'éclampsie puerpérale.** — 4 cas, 3 guérisons. Le cas de mort a été vu en consultation, après l'accouchement.

L'auteur recommande le bromure, le chloral, l'application des sangsues aux apophyses mastoïdes, la saignée seulement dans le cas de coma et d'asphyxie. D'une manière générale, il n'approuve pas l'intervention manuelle et instrumentale, qu'il ne fait que pendant l'anesthésie.

Traitement de l'endométrite. — 3 cas, 2 guérisons par l'injection d'acide nitrique pur. La femme qui n'a pas guéri a abusé du coït trop tôt après la cautérisation. L'auteur préfère l'acide nitrique à la curette, dans la plupart des cas (1).

A. Lapthom Smith (de Montréal). — Les convulsions puerpé-

(1) Depuis la lecture de ce mémoire, plusieurs succès obtenus avec la curette ont modifié mes idées à ce sujet (A. C.)

rales sont dues à la pression mécanique subie par les veines rénales ; si cette pression dure trop longtemps, elle cause l'urémie ; celle-ci, après quelque temps, produit des lésions cérébrales. Il faut donc vider l'utérus, aussitôt que l'on a reconnu l'existence de la compression. Smith ne regrette qu'une chose, c'est d'avoir attendu trop longtemps dans certains cas. « La vie de l'enfant, qu'on peut néanmoins sauver parfois, est d'une importance secondaire. » Il est donc nettement interventionniste.

Byron Stanton. — Les convulsions ne cessent pas toujours après la délivrance ; provoquer l'accouchement pourrait n'être que jeter de l'huile sur le feu.

J. Price (de Philadelphie) cite un cas de succès. La malade avait eu quelques crises éclamptiques ; elle avait passé le 8e mois ; son urine était fort albumineuse. Comme *préparation* à l'accouchement provoqué, on prescrivit un purgatif hydragogue, du bromure et du chloral, pour dégager les reins et le cerveau. La mère et l'enfant furent sauvés.

W. W. Potter cite un cas de succès pour la mère et l'enfant. Il provoqua l'accouchement au 8e mois. L'œdème persista longtemps.

Clark est partisan de l'évacuation de l'utérus. Il cite un cas dans lequel il croit que la pilocarpine a été utile.

J. Price. **Indication du drainage, dans la chirurgie abdominale.** — Price est partisan du drainage qui permet le lavage de la cavité. Il repousse toutes les solutions chimiques « qui sont inutiles et « réellement dangereuses ».

Il enlève le drain, lorsque l'exsudation est inodore, claire, et peu abondante. Le drainage vaginal, fait par A. Martin, ne présente aucun avantage. »

Si l'incision n'est pas trop longue (1), si l'opérée ne se lève pas trop tôt, le drain ne l'expose pas à avoir une hernie.

Si l'on place le drain de Bantock, qui est perforé, il est utile de le remplir de coton absorbant, pour s'opposer à l'introduction du péritoine dans les ouvertures.

Puis on le fait tourner de temps en temps sur lui-même.

« L'emploi des purgatifs salins arrête souvent une péritonite aiguë ; c'est un fait établi. »

(1) Ayant eu le plaisir d'assister à plusieurs laparotomies faites par Price, j'ai été frappé du peu d'étendue de ses incisions. (A. C.)

Clinton Cueshing (de San Francisco). **Contribution à l'étude des abcès pelviens.** — L'auteur est de plus en plus convaincu que Noeggerrath avait raison, quand il accusait la blennorrhagie, incomplètement guérie chez l'homme, de causer la salpingite chez la femme.

Pour l'évacuation de pus, il se sert d'un trocart dilatateur et place un drain en T.

W. W. Potter (de Buffalo) présente un drain d'une autre forme.

J. Eastman (d'Indianapolis) est partisan du drainage; mais il croit qu'il ne faut pas laisser le drain en place plus d'une semaine, dans la crainte d'une hernie.

E. E. Montgomery (de Philadelphie) recommande de donner peu de liquide aux opérées et de faire la compression de l'abdomen, pour éviter la production des effusions péritonéales.

Marcy (de Boston) insiste sur la nécessité de l'asepsie, qui doit permettre de ne pas employer le drain.

A. Vander Veer se rapelle que Peaslee avait des succès plus nombreux que Sp. Wells ; il faisait son drainage à la partie déclive.

Quant à la hernie, elle peut être évitée par de bonnes sutures. Il faut réunir le péritoine au péritoine, le fascia au fascia, la peau à la peau.

J. Price compare les résultats de Martin avec ceux de Bantock, de Tait et de Keeth, et conclut que le drainage des trois derniers doit être supérieur. Price fait une incision suffisante pour admettre deux doigts. « Deux doigts suffisent à faire dans l'abdomen ce que la main entière pourrait faire. »

W. H. Meyer (de Fort Wayne). **Traitement de la péritonite suppurée.** — L'auteur se déclare partisan de l'intervention chirurgicale, même dans la péritonite aiguë. La péritonite n'est jamais spontanée ou idiopathique. Il lit une lettre d'Anandale (d'Edimbourg), qui raconte qu'il a en 1860, d'après l'ordre de H. Bennett, mis dans un bain un homme atteint de péritonite suppurée, l'a ponctionné sous l'eau, et a lavé le péritoine.

La cause la plus fréquente de la péritonite suppurée est la perforation de l'appendice vermiculaire, qui ne laisse au malade qu'une chance de vie, l'incision, le lavage et le drainage.

Puis Meyers cite L. Tait, qui a dit : « Je suis maintenant certain « que c'est une négligence presque criminelle, que de laisser

« mourir un malade atteint de péritonite sans lui faire la section « abdominale » ; et Greig Smith, de Bristol, qui parle dans le même sens.

E. E. MONTGOMERY. **La laparotomie dans la péritonite.** — M. est nettement partisan de la laparotomie dans les collections purulentes. La présence du pus est indiquée par la fluctuation, la matité, les frissons, la fièvre, la cessation de la douleur spontanée, la douleur à la pression ou dans les mouvements. La suppuration du péritoine se produit parfois très rapidement.

H. O. MARCY cite un cas de péritonite tuberculeuse, où la laparotomie a sauvé la malade. Le caractère tuberculeux de la maladie n'a été reconnu que pendant l'opération.

CLARK cite un cas analogue.

RICKETTS (de Cincinnati) regrette qu'on n'amène que tardivement les malades au gynécologiste. Tel cas qui s'est terminé par la mort de l'opérée aurait été un succès, si l'opérateur avait été avisé plus tôt.

A. VANDER VEER (d'Albany. New-York). **Raports du chirurgien abdominal avec l'obstétricien et le gynécologiste.** — La chirurgie abdominale est devenue une spécialité, mais elle n'est pas l'ennemi, au contraire, elle est l'aide de la médecine gynécologique. Les meilleurs *chirurgiens abdominaux*, sont ceux qui ont pratiqué comme encyclopédistes, puis se sont voués à la chirurgie abdominale.

S. C. GORDON (de Portland) déclare n'avoir rien à ajouter à ce que vient de dire Vander Veer; il ne peut qu'y applaudir des deux mains.

W. H. WATHEN (de Louisville). **Le traitement chirurgical des déchirures du périnée et du plancher pelvien.** — Il insiste sur la suture des muscles, nécessaire à la restauration du plancher et sur la nécessité d'opérer tout de suite.

MARCY. **Le périnée, son anatomie, sa physiologie, sa restauration.** — Le transverse du périnée est le muscle le plus important suivant lui.

La suture doit réunir non seulement la muqueuse, mais surtout les muscles, et il préfère la suture continue.

W. W. POTTER. **Double ovariotomie pendant la grossesse.** — La malade était enceinte de 4 mois. L'opération dura 1 h. et 5 minutes; les tumeurs pesaient 38 livres.

L'opérée accoucha à terme, d'un enfant pesant 7 livres et demie.

POTTER cite Mundé (*Am. J. of. Obst.* juillet 1887); E. E. MONTGOMERY (*Med. Register*, 28 août 1888); V. GARDNER (*Archiv. of. Gynäk.*, mai 1888); Kn. Thornton (*Obst. Trans.*, 1886), qui ont rapporté des cas analogues.

VANDER VEER a réuni 96 cas d'ovariotomie pendant la grossesse.

E. E. MONTGOMERY a eu un cas semblable à celui de Potter ; il croyait le sien unique.

TYLER SMITH croyait que les ovaires dirigent les contractions utérines pendant le travail. Ces cas prouvent que sa théorie n'est pas exacte.

MAXWELL (de Keokak), considérant que l'opérée a allaité son enfant conclut que la lactation n'est pas le remplaçant de la menstruation.

BYRON STANTON. **Accouchement prématuré provoqué.** — Il en est partisan dans les cas où il est nettement indiqué ; il n'est pas juste de dire qu'il sacrifie souvent les enfants.

Le rétrécissement du détroit supérieur rend l'accouchement moins difficile *cœteris paribus* que celui du détroit inférieur.

L'indication générale se trouve dans l'existence d'un danger actuel pour la mère, constitué par la grossesse ou devant nécessairement se produire au moment de l'accouchement.

STANTON préfére la méthode de Krause : l'introduction d'un bougie entre les membranes et l'utérus.

Th. OPIE préfère les dilatateurs de Barnes ou de Molesworth ; la bougie a une action très lente. Il rejette l'emploi de l'ergot.

A. L. SMITH (de Montréal) recommande l'accouchement prématuré dans les cas de vomissements graves. Il existe à Montréal une nombreuse famille de belles filles, toutes venues au monde à 7 mois.

Th. OPIE (de Baltimore). **Abuse-t-on du forceps?** — Opie reconnaît trois dates principales dans l'histoire des forceps : 1° L'invention du forceps original, 1700; 2° l'adjonction de la courbure pelvienne par Levret, 1747 (1); 3° l'adjonction des branches de traction par Tarnier, en 1877.

Avant la description scientifique des positions, faite en 1791, par Baudelocque, le forceps était appliqué au hasard, et sans méthode. Du temps de Ramsbotham, on comparait le forceps avec la crâniotomie.

---

(1) SMELIE, sans avoir eu connaissance, paraît-il, de l'idée de Levret, a proposé la courbure céphalique, en 1749. (A. C.)

L'application du forceps au détroit supérieur (opération *haute*) demande une grande habileté; même dans l'excavation et à la vulve (opération *basse*), elle ne doit pas être confiée à un débutant. Opie est partisan des forceps à tige de traction au détroit supérieur et au début. Le dernier modèle de Tarnier lui semble parfait.

Il insiste sur la nécessité pour l'accoucheur de *savoir attendre et ne rien faire.*

L'anesthésie rend de grands services chez les femmes nerveuses.

Pour lui comme pour Pajot, l'intervention ne doit pas être réglée par une question d'horloge.

J. PRICE cite le cas d'une femme dont 5 enfants avaient été extraits par l'éviscération. Grâce à l'accouchement prématuré provoqué, et au forceps, elle eut ensuite 3 enfants vivants.

Il recommande le forceps de Sims.

Price emploie rarement le forceps.

H. E. HILL (de Saco, Maine). **Un cas rare de fibrome utérin.** — Le diagnostic porté était tumeur fibro-kystique de l'ovaire; c'était un fibrome solide, adhérent à la paroi abdominale. L'ovaire gauche présentait un kyste gros comme une orange.

Hill enleva le drain, le 6e jour. Il se fit une effusion abondante, et le 18e jour Hill en évacua 40 onces. La tumeur pesait 47 livres. L'opérée se rétablit rapidement.

E. J. ILL (de Newark. New-Jersey). **Tumeurs dermoïdes (fibromes) des parois abdominales.** — Dans un des cas, Ill enleva 100 centimètres carrés de péritoine. Les deux opérées se rétablirent. Le pronostic des tumeurs dermoïdes vraies est favorable.

G. H. ROHE (de Baltimore). **Maladies de la peau accompagnant les désordres sexuels chez la femme.** — Ce sont : les angio-névroses, les affections glandulaires, les inflammations, les hypertrophies pigmentaires, les névroses, les dystrophies vasculaires.

Rohe a obtenu de bons résultats avec le fer, dans les gonflements des extrémités et de la face, survenant pendant les règles.

L'urticaire est assez fréquente dans les troubles utérins, et après la gastrotomie (Tait).

L'hyperhidrose qui accompagne la menstruation irrégulière est heureusement modifiée par l'acide salicylique mélangé à la chaux, 1/10.

L'arsenic rend des services dans l'acné des jeunes femmes.

L'impétigo herpétiforme de Hébra est presque toujours sous la

dépendance de la grossesse ou de l'état puerpéral. L'éruption pourprée de la fièvre puerpérale est probablement la même que la scarlatine chirurgicale.

Le *chloasma* de la grossesse disparaît souvent, grâce à l'application d'une pommade composée de

Sous-nitrate de bismuth................ }	ãã 2 gr.
Ammonium de mercure.................. }	
Vaseline ou coldcream..................	30

Le prurit ano-vulvaire est rarement guéri par la cocaïne et l'acide salicylique.

Grossesse extra-utérine.

Pathologie

F. Townsend (d'Albany. New-York).— Tait a démontré que l'imprégnation se fait avant, pendant et après les règles. Les expériences de Coste semblent avoir prouvé que la fécondation se fait sur l'ovaire ou dans son voisinage.

Tait croit que l'ovule tombe dans le péritoine et y meurt le plus souvent, et que le nombre des ovules qui pénètrent dans l'utérus est peu considérable.

L'œuf fécondé qui tombe dans le péritoine n'y trouve pas toujours un sol favorable. Townsend croit qu'une ancienne inflammation péritonéale constitue pour lui de bonnes conditions de greffe et de développement.

Ainsi se produit la grossesse abdominale primitive. Elle peut aussi être secondaire.

La grossesse tubaire est de beaucoup la plus fréquente de toutes les sortes de grossesses ectopiques.

A la fin du XVIIe siècle, Saint-Maurin a démontré la possibilité de la grossesse ovarique.

Townsend mentionne les modifications que subit l'utérus, dans la grossesse ectopique.

Diagnostic.

J. Price. — Tait a sans doute raison lorsqu'il affirme que la grossesse ectopique commence toujours par être tubaire. Le lieu de fixation définitive de l'œuf dépend du point où il est greffé au début, et du point où la trompe se rompt.

On ne fait guère le diagnostic avant la rupture tubaire.

Voici les éléments du diagnostic. L'arrêt des règles, et les symptômes de la grossesse, une douleur particulière, paroxystique, nauséeuse qui ne ressemble ni à une colique, ni à une crampe ; elle disparait, puis revient, une perte sanguine irrégulière peu colorée, qui renferme des débris muqueux.

L'utérus, agrandi, est rejeté sur le côté par une masse kystique douloureuse.

Lorsque le fœtus meurt avant la rupture de la trompe, le diagnostic est pratiquement impossible.

La rupture se produit entre la 8e et la 14e semaine.

Traitement.

E. MONTGOMERY. — L'auteur recommande d'agir ainsi : 1° avant le 4e mois, détruire le fœtus au moyen du courant faradique, sans ponction du sac.

2° Du 4e au 6e mois, employer l'électricité : plus tard, faire la laparotomie.

3° Dans les cas de rupture, laparotomie immédiate, enlèvement du sac et du sang épanché.

4° Au delà du 6e mois, attendre l'époque où le fœtus est viable, faire la laparotomie, éviter la séparation du placenta, fermer le sac en haut, faire le drainage vaginal.

5° Si le fœtus est mort, il faut l'extraire par la laparotomie, au bout de quelques semaines.

6° Quand le fœtus est macéré et qu'il s'est formé un abcès, il faut élargir l'ouverture, et enlever les restes fœtaux.

VANDER VEER est partisan de la laparotomie primitive. La rupture du sac a rarement lieu après le 4e mois.

CH. REED (de Cincinnati). **Fibromes de la paroi abdominale.** — 1° Ces tumeurs s'accroissent rapidement; 2° lorsqu'elles sont petites, leur enlèvement est facile, et sans danger ; 3° plus grasses elles ont des rapports étendus avec les téguments et leur ablation est plus dangereuse ; 4° dans le cas d'une grosse tumeur, il faut d'abord au moyen d'une incision de la tumeur s'assurer qu'on peut l'enlever ; 5° il ne faut pas l'enlever, si on reconnait que l'opération radicale sera dangereuse ; parfois l'incision exploratrice agit directement sur la tumeur ; 6° dans le cas de tumeur profonde, largement fixée au péritoine, il faut essayer l'électro-puncture, avant d'entreprendre l'extirpation de la tumeur.

A. L. Smith (de Montréal). — **Détails sur l'application du courant continu en Gynécologie.**

William H. Taylor (de Cincinnati) est élu président de la séance de 1889, qui se réunira à Cincinnati.

Résumé d'après l'*Am. J. of obst.* 1888, p. 1047 à 1103, par A. Cordes.

REVUE DES JOURNAUX

De la méthode de « Thure Brandt » ayant pour but de rendre les trompes accessibles à la palpation. (Uber die Thure Brandt'sche Methode, als Mittel, die erkrankten Tuben palpibar zu machen.) A. Winawer. — L'expérience acquise au prix d'une série de laparotomies pratiquées pour des affections de la trompe a permis assurément d'en faire, à la faveur de l'anesthésie chloroformique, le diagnostic avec certitude. Ainsi : de la grossesse tubaire, des tumeurs de la trompe, de salpingites quand elles ont abouti à la production de collections hématiques, purulentes, etc. En revanche, les renseignements fournis par la palpation sont bien plus incertains, quand il s'agit de salpingites catarrhale ou suppurée, à évolution chronique, et que les trompes constituent seulement des cordons gonflés, épaissis.

Si Schröder, Fritsch, A. Martin et d'autres auteurs déclarent que, dans un certain nombre de cas favorables, on peut, à coup sûr, reconnaître les trompes tuméfiées ; toutefois, ces cas favorables ne doivent pas se présenter souvent puisque Emmet, entre autres, déclare « *que nous ne disposons d'aucun moyen qui nous permette de reconnaître la salpingite avant la mort de la malade* » et que Nöggerath a imaginé pour palper les trompes malades sa méthode du *toucher vésico-rectal* ». D'autre part, pour bien palper les trompes, il faut réussir à les isoler, à les dégager de la masse environnante dans laquelle elles sont la plupart du temps enfouies, et cet isolement, cette palpation instructive de l'état des trompes ne sont réalisables que lorsqu'il n'existe pas d'infiltrations, d'exsudats péri ou paramétritiques importants, d'adhérences nombreuses des trompes avec les organes voisins. Malheureusement, ces conditions

défavorables à l'exploration ne se présentent que trop fréquemment, et il en résulte que l'on est, le plus souvent, conduit plutôt à soupçonner l'état pathologique de la trompe qu'à le constater positivement. Bien plus, il n'est pas rare de découvrir à la nécropsie des affections tubaires qu'on n'avait même pas soupçonnées (L. Tait, Thomas).

Or, le massage a permis de palper la trompe malade, dans des cas où l'examen le plus minutieux n'avait auparavant rien fait pressentir sur l'existence de cet état pathologique.

L'explication, semble-t-il, en est que le massage, même dans les cas où il est impossible, dans la narcose chloroformique, de palper les trompes, peut créer des conditions telles qu'on arrive, pourvu que les parois abdominales ne soient pas trop épaisses, à délimiter d'une manière très exacte tous les organes pelviens, parce que :

1° Après le massage, la paroi abdominale est en général tellement souple, dépressible, et indolore, qu'on peut explorer les organes pelviens aussi aisément que si la femme était dans la narcose chloroformique.

2° Les masses nodulaires para et périmétritiques ou les infiltrations, les adhérences des ovaires, etc., sont si heureusement modifiées, que le *parametrium* est libre, souple, dépressible, non douloureux.

L'auteur tient à faire remarquer, qu'il est loin de conseiller le massage pour la cure de la salpingite, salpingite qui, suivant Schauta, constitue précisément une contre-indication à l'emploi du massage. Que pour lui, il n'use pas de ce moyen thérapeutique contre la salpingite, et que c'est dans des cas où pour d'autres raisons il y avait eu recours, qu'il a reconnu que, après le massage, les trompes étaient devenues accessibles à la palpation. Suit la relation succincte de quatre observations. (*Cent. f. Gynäk.*, 1880, n° 52.)

Du traitement des métrorrhagies causées par la rétention de débris abortifs. (Ueber die Behandlung von Metrorrhagien, bedingt durch Retention von Abortusresten) A. Bloch. — Voici, en résumé, le traitement de choix adopté à la Clinique de Breisky contre les métrorrhagies liées au séjour *in utero* de débris abortifs.

1° Désinfection du conduit génital. 2° Dilatation progressive du col au moyen de tiges de laminaire bien appropriées. 3° Désinfec-

tion et exploration de la matrice avec le doigt, dans le but de se renseigner très exactement sur le siège de l'implantation des débris abortifs. 4° Extirpation de ces débris avec la pince à polypes ; finalement, désinfection réitérée de tout le conduit génital.

D^r^ R. LABUSQUIÈRE.

Hystérectomie vaginale pour un cancer utérin. Succès, par M. H. WATHEN, de Louisville (Kentucky).

M^me^ B. A. âgée de 34 ans, d'origine irlandaise, est malade depuis 18 mois ; elle a des pertes sanguines de mauvaise odeur. L'examen révèle l'existence d'un carcinome du col, s'étendant à l'endométrium mais n'intéressant ni le vagin ni les annexes. L'utérus était mobile.

Toutes les précautions antiseptiques furent prises et la malade chloroformée.

Pour saisir les ligaments, Wathen se servit d'une pince qu'il ne décrit pas, mais qu'il a présentée à la Société chirurgicale et gynécologique de Birmingham (Alabama), le 5 décembre 1888. Il enleva ces pinces au bout de 52 heures.

Wathen ne fit pas d'injections vaginales, et se contenta de changer le pansement deux fois par jour et de faire le lavage de la vulve.

L'opérée fut purgée le 6e jour avec du sulfate de magnésie. Le second jour la température monta à 38°,33.

Mme A. put se lever le 15e jour, et quitta l'hôpital le 19e.

L'examen de la tumeur fut fait par le Dr Simon Flexner, qui reconnut un adéno-carcinome.

Sans négliger l'antisepsie, Wathen se fie surtout à une propreté minutieuse, à une hémostase parfaite, et à la brièveté de l'opération.

Il croit que la mortalité à la suite de l'hystérectomie doit arriver à ne pas dépasser celle de l'ovariotomie. Puis, il insiste sur la nécessité d'une connaissance exacte de l'anatomie et de la physiologie du bassin.

Dans la lettre qu'il m'a adressée en m'envoyant cette observation que je viens de résumer brièvement, Wathen me dit : « C'est la première vraie hystérectomie, faite au sud de l'Ohio. » Ce qui comprend à peu près le tiers des États-Unis.

A. CORDES.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

DES PRINCIPAUX TRAVAUX AFFÉRENTS A LA GYNÉCOLOGIE, A L'OBSTÉTRIQUE ET AUX NOUVEAU-NÉS (1)

OBSTÉTRIQUE

Accouchement. — Cas de présentation de la face (Cases of Face presentation). M. MACKAY. *The Am. J. of Obst.*, p. 1162. — Cause de la présentation du sommet. et de la première position de la tête fœtale (The Cause of the Head Downard Presentation, and of the First Cranial Position). J. FOULIS. *Edinb. med. J.*, octobre 1888, p. 302. — De la fonction du Coccyx dans le mécanisme de l'accouchement (The function of the Coccyx in the mechanism of Labor). H. FRY. *The Am. J. of Obst.*, décembre 1888, p. 1257. — Méthode de traitement perfectionnée de la troisième période du travail (An Improved Method of managing the Third Stage of Labour,). B. HART. *Edinb. med. J.*, octobre 1888, p. 289.

Anatomie obstétricale. — Du col utérin à la fin de la grossesse. E. BLANC. *Arch. de Tocol.*, novembre 1888, p. 655. — Placenta double dans un cas de grossesse simple. GUÉNIOT. *Bull. de l'Acad. de méd.*, octobre 1888, nº 43.

Dystocie. — Observations d'enchatonnement avec adhérences anormales du placenta; délivrance incomplète, septicémie puerpérale; guérison par les injections intra-utérines et vaginales antiseptiques. VERRIER. *Bull. de l'Acad. de méd.*, octobre 1888, nº 40. — Primipare à terme; présentation du siège en S.I.G.P. extraction à l'aide du crochet de Delore. CHARLES. *Journ. d'accouch. et Rev. de med. et de ch. pratiques*, novembre 1888, nº 22. — Sur une variété particulière de rétention du placenta (Ueber cine besondere Art von Placentarretention). LANGE. *Zeitsch. f. Geb. und Gynäk.*, 1888, Bd XV. Hft 1, p. 30.

Fœtus et annexes du fœtus. — Malformations fœtales intra-utérines (Intra-uterine fœtal deformities). C. BLAKE. *The*

(1) Index du 4e trimestre 1888.

Bost. med. and. Surg. J., novembre 1888, nº 21. — Malformation rare (Eine seltene Missbildung). MEKUS. *Cent. f. Gynäk.*, octobre 1888, nº 42. — Mort du fœtus *in utero.* Pathologie et traitement préventif (Intra-uterine Death: its pathology and preventive treatment). R. SIMPSON. *Brit. med. J.*, octobre 1888, p. 870. — Un cas de déformation très accusée des extrémités (Ein Fall von hochgradiger Missbildung der Extremitaten). BRAUNECK. *Zeit. f. Geb. und Gynäk.*, 1888, Bd XV. Hft 1, p. 57.

Grossesse extra-utérine. — Encore un cas d'opération de grossesse extra-utérine. Fœtus mort. Guérison (Noch ein Fall von operation einer Extra uterin abdominal. Schwangerschaft, etc.). ZAJAITSKY. *Cent. f. Gynäk.*, 1888, nº 51. Grossesse tubo-abdominale. Rupture dans la cavité abdominale. Laparotomie, guérison. (Tubo-abdominal Schwangerschaft. Rupture in die freie Bauchhöle. Laparotomie. Genesung). MEINERT. *Cent. f. Gynäk.*, 1888. Nº 52. — Opération pour une grossesse extra-utérine. Fœtus mort et extirpation complète du sac. Guérison (Operation einer extra-uterine Schwangerschaft. Todte fruchte mit Entfernung des ganzen Sackes. Genesung). ZAJAITSKY. *Cent. f. Gynäk.*, octobre 1888, nº 40.

Grossesse multiple. — Diagnostic de la grossesse gémellaire. H. VARNIER. *Rev. prat. d'Obst. et d'Hyg. de l'enfance*, décembre 1888, p. 353. — Un cas de grossesse quadruple (Eine Vierlingsgeburt). STOFFECK. *Cent. f. Gynäk.*, 1888, nº 51.

Nouveau-né. — Note sur un cas de paralysie faciale périphérique (d'origine intra-utérine) chez un nouveau-né expulsé en présentation du siège. H VARNIER. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, novembre 1888, p. 331.

Opérations obstétricales. — A quel moment doit-on pratiquer l'opération césarienne ? CHARLES. *Journ. d'accouch. et revue de méd. et de ch. pratiques*, nov. 1888, nº 21. — De l'accouchement provoqué. Dilatation du canal génital à l'aide de ballons. CHARLES. *Jour. d'accouch. et revue de méd. et chirurg. prat.*, décembre 1888, nº 24. — De l'accouchement provoqué; dilatation du canal génital (col de l'utérus, vagin et vulve) à l'aide de ballons introduits dans la cavité utérine pendant la grosesse. CHAMPETIER DE RIBES. *Ann. de gyn. et d'obst.*, décembre 1886, p. 438. — De la ponction de l'utérus par la paroi abdominale dans l'hydropisie de l'amnios. G. LEPAGE. *Ann. de*

gyn. et d'obst., octobre 1888, p. 257. — De la section césarienne conservatrice avec suture utérine, étude historique, clinique, critique. C. FRANCESCO. *Annali di ostet. e ginec.*, octobre 1888, p. 433. — Des effets de la compression sur la tête fœtale, et considérations spéciales sur la délivrance dans les bassins plats (On the effects of compression of the fœtal Skull, with special Reference to Delivery in Minor Degrees of Flat Pelvis). M. MURRAY. *Edinb. med. J.*, novembre 1888, p. 417. — Des résultats de la section césarienne conservatrice avec suture utérine (Die neuesten Ergebnisse des conservatinen Kaiserschnittes mit Uterusnaht). CARUSO. *Arch. f. Gynäk.*, 1888, Bb. XXXIII, Hft. 2, p. 211. — Du traitement chirurgical de la grosesse extra-utérine (Zur operativen Behandlung der Extrauterinschwangerschaft). L. MAYER. *Zeitsch. f. geb. und Gynäk.*, 1888, Bd XV. Hft 1, p. 147. Ovariotomie double durant la grossesse (Double ovariotomy during pregnancy). W. POTTER. *The Am. J. of obst.*, octobre 1888, p. 1028. — Quel est le moment propice pour l'opération césarienne ? H. TREUB. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, octobre 1888, p. 448. — Section césarienne nécessitée et justifiée par l'allongement hypertrophique du col, etc. (Cæsarean section necessitated and justifier by Hypertrophic Elongation of the cervix, etc.). J. COLEMAN. *The Am. J. of Obst.*, novembre 1888, p. 114 f.

Pathologie de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches. — Albuminurie et éclampsie. H. VARNIER. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enfance*, octobre 1888, p. 289; novembre, p. 321. — Anémie pernicieuse progressive chez une femme enceinte. Guérison par l'accouchement provoqué au septième mois (Anemia perniciosa progressiva in una donna gravida. Guarigione mediante l'interruzione artificiale della gravidanza al 7° mese). M. GIACANELLI. *Annal. di ostet. e gynec.*, octobre 1888, p. 474. — De la leucémie congénitale (Ueber leukämie bei Schwangeren und angeborene Leukämie). SANGER. *Arch. f. Gynäk.* 1888, Bd XXIII, Hft 2. p. 161. — De l'anémie puerpérale et de son traitement par l'arsenic (Purperal Anæmia and treatment with arsenic). W. OSTER. *The Bost. med. and Surg. J.*, novembre, 1888, p. 454. — Des rapports qui existent entre la folie puerpérale et l'infection puerpérale (Ueber das verhältnis zwischen der puerperalen Geisteskrankheit und der puerperalen Infection). HAUSEN. *Zeitsch. f. geb. und Gynäk.*, 1888, Bd XV, Hft 1, p. 60. — Eclampsie et accouchement provoqué (Eklampsie and künstliche Frühgeburt). LOHLEIN. *Cent. f. gynäk*, décembre 1888, n° 48. — Hémorrhagie accidentelle pendant le travail

(Accidental hemorrhage in labor). WARREN. *The Am. J. of obst.*, octobre 1888, p. 1020. — Lésions hépatiques de l'éclampsie puerpérale. H. PILLIET. *Nouv. Arch. d'obst. et de Gyn.*, novembre 1888, p. 504. — Œdème accusé des grandes lèvres pendant le travail (A case of marked œdema of the Labia uteri during Parturition). D. BRAVER. *Med. News.*, octobre 1888, p. 382. — Primipare au septième mois de la grossesse. Anasarque et albuminurie. CHARLES. *Journ. d'accouch et rev. de méd. et de chirurg. pratiques*, octobre 1888, nº 20. — Quelques considérations sur l'albuminurie et l'éclampsie. CHARLES. *Journ. d'accouch. et rev. de méd. et de chirurg. pratiques*, octobre 1888, nº 15. — Sur un cas d'atrophie musculaire des quatre membres, à évolution très rapide, survenue pendant la grossesse et consécutivement à des vomissements incoercibles. DESNOS, PINARD, JEOFFROY. *Bull. de l'Acad. de méd.*, novembre 1888, nº 48. — Sur un cas de parésie vaso-motrice chez une femme enceinte. (Di un caso di paresi vaso-motoria in donna incinta). C. GIORGIERI. *Annal. di ostet. e ginec.*, novembre 1888, p. 518. — Traitement des hémorrhagies *post-partum* par la compression intra-utérine de l'aorte. SÉJOURNET. *Ann. de Gyn. et d'obst.*, octobre 1888, p. 270. — Un cas d'accouchement prématuré en raison d'œdème pulmonaire, dilatation du col au moyen du kolpeurynter de Braun. (Ein fall künstlicher Frühgeburt wegen œdema pulmonum, Erweiterung des Gebärmutterhalses vermittels des Braun'schen kolpeurynter). BRAUN. *Cent. f. Gynäk.*, octobre 1888, nº 41.

Statistiques des Maternités. — Rapport sur la « *Royal Maternity* », etc. (Report on the Royal maternity and Simpson Memorial Hospital). C. MARTIN et G. HAVELOCK. *Edinb. med. J.*, octobre 1888, p. 317.

Thérapeutique et antisepsie. — Comment on doit enseigner l'antisepsie aux élèves sages-femmes, etc. (Wie soll an den Hebaumenschulen die Antiseptik gelehrt, etc.). VALENTA. *Cent. f. Gynäk.*, décembre 1888, nº 48. — De l'anesthésie avec le protoxyde d'azote en obstétrique (Zur Stickoxydul-Sauerstoff-Anästhesie). SWIECICKI. *Cent. f. Gynäk.*, octobre 1888, nº 43. — De l'antipyrine en obstétrique. AUVARD et LEFEBVRE. *Arch. de Tocol.*, novembre 1888, p. 649. — Des effets de l'antipyrine sur la sécrétion du lait (Effect of Antipyrin on the Secretion of Milk). H. ROSS. *Med. News.*, décembre, 1888, p. 645. — Des résultats de l'antiseptie en obstétrique. Contribution aux statistiques de mor-

bidité dans les maisons d'accouchement (Die Erfolge der Antiseptik in der Gebursthulfe. Ein Beitrag zur Morbiditätstatistik der Gebarhaüser). AHLFELD. *Cent. f. Gynäk.*, novembre 1888, nº 46. — La Créoline. A. HEYDENREICH, *Sem. méd.*, novembre 1888, p. 425. — Un Chapitre d'antisepsie obstétricale. Toilette génitale de la femme. AUVARD. *Arch. de Tocologie*, octobre 1888, p. 582.

GYNÉCOLOGIE

Annexes de l'utérus. — Pyo-salpingite double guérie par l'aspiration (Case of double pyosalpinx cured by aspiration). B. NICHOLSON. *The Brit. med. J.*, octobre 1888, p. 933.

Organes génitaux. — De la Cystocèle vaginale; modification du traitement opératoire, ROUTIER. *Sem. méd.*, décembre 1888, p. 482. — De quelques recherches nouvelles sur la blennorrhagie chez la femme. ERAUD. *Lyon méd.*, p. 575. — Leçons sur les prolapsus des organes génitaux de la femme. TRÉLAT. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, novembre 1888, p. 321. — Malformation des organes génitaux (Missbildungen der weiblichen Genitalorgane). KIDERLEN. *Zeits. f. Geb. und Gynäk.*, 1888. Bd XV. Hft 1, p. 1. — Note pour servir à l'étude de la blennorrhagie chez la femme. HORAND. *Lyon méd.*, octobre 1888, p. 251. — Relevé analytique de 140 cas de fistules vésico-utérines, etc. (Casuistik von 140 Vesico-Uterinfisteln). L. NEUGEBAUER. *Arch. f. Gyn.*, Bd XXXIII. Hft 2, p. 270.

Ovaire. — Kyste ovarique double (Double ovarian Cyst). LEE. *The Am. J. of Obst.*, novembre 1888, p. 1174. — Maladie kystique des ovaires (Cystie disease of the Ovaries). MARTIN. *Edinb. med, J.*, novembre 1888, p. 435.

Paroi abdominale. — Fibrome volumineux de la paroi abdominale. A. MARCHAND. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.*, t. XIV, p. 659. — Fibro-sarcome de la paroi abdominale. P. SEGOND. *Sem. méd.*, décembre 1888, p. 457.

Thérapeutique et opérations gynécologiques. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des tumeurs utérines en voie de putréfaction (Beitrag zur Frage der Operativen Behandlung verjauchter Uterustumoren). ODEBRECHT. *Zeit. f. Geb. und Gynäk.*, 1888. Bd. VX. Hft. 1, p. 128. — De l'action

de certains médicaments sur le système utéro-ovarien (On the action of certain Drugs on the Utero-ovarian System). L. ATTHILL. *The Dubl. med. J.*, décembre 1888, p. 457. — De la castration en raison d'ovaires fonctionnant concurremment avec un développement imparfait des canaux de Muller (Zur Castration wegen fonctionarender ovarien bei rudimentärer Entwickelung der Muller'sohen Gänge). Strauch. *Zeitsch. f. Geb. und Gynäk.*, 1888. Bd VX. Hft 1, p. 138. — De la dilatation du col avec les bougies coniques dans les hémorrhagies causées par des myômes (Stumpe Dehnung der Collum bei Myomblutungen). KALTENBACH. *Cent. f. Gynäk.*, novembre 1888, nº 45. — De la méthode de Thure Brandt, comme moyen de rendre accessibles à la palpation les trompes malades (Uber Thure Brandt sche Methode, als Mittel die erkankten Tuben palpibar zu machen). A. WINAWER. *Cent. f. Gynäk.* 1888, nº 52. — De la valeur de l'hystérorrhaphie contre la rétroflexion de l'utérus (The Value of « Hysterorrhaphie » in the treatment of Retroflexion of the Womb). CH. CARROLL. *The Am. J. of Obst,*, p. 1249. — De la valeur du raccourcissement des ligaments ronds, etc. (The value of Alexander's operation for Shortening the Round ligaments, etc.). P MUNDÉ. *The Am. J. of Obst.*, novembre 1888, p 1121. — De la ventro-fixation de l'utérus ou hystéropexie contre la rétroflexion et le prolapsus. POZZI. *Gazette méd. de Paris*, 1888, nº 49; nº 50. — De l'extirpation des myômes sous-muqueux par la laparotomie (Zur Entfernung submucöser Myome durch die Laparotomie). FREUND. *Cent. f. Gynäk.*, décembre 1888, nº 49. — De l'utilité du cathétérisme des uretères dans les fistules uro-génitales. JACOB. *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, octobre 1888, p. 435. — De quelques cas gynécologiques traités par le courant faradique (Some gynecological Cases treated by the faradic current). DAVENPORT. *The Boston Med. and Surg. J.*, octobre 1888, nº 17. — Des opérations plastiques sur le vagin (Uber plastische operationen in der Sheide). FRITSCH. *Cent. f. Gynäk.*, décembre 1888, nº 49. — Du traitement chirurgical des myômes utérins en voie de putréfaction (Zur operativen Behandlung verjauchter Uterusmyome). SIPPEL. *Cent. f. Gynäk.*, novembre 1888. nº 44. — Elimination spontanée des polypes utérins sous l'action de l'électrolyse. LA TORRE. *Arch. de Tocol.*, décembre 1888, p. 739. — Instruments pour la dilatation rapide du col de l'utérus (Instrument for the rapid dilatation of the cervix Uteri). REID. *The Brit. med. J.*, octobre 1888, p. 872. — Laparotomie exploratrice. Cancer et fibroïde (Explorative laparotomy. Carcinome and Fibroïd). NILSEN. *The Am. J. of Obst.*, novem-

bre 1888, p. 1183. — Modération de la menstruation en tant qu'agent curatif en gynécologie (Repression of menstruation as a curative Agent in Gynecology). E. GEHRUNG. *The Am. J. of Obst.*, novembre 1888, p. 1138. — Note sur l'opération d'Emmet ou trachélorraphie. G. HOUZEL. *Ann. de Gyn. et d'obst.*, octobre 1888, p. 241, novembre 1888, p. 351. — Nouveau mode de colporrhaphie postérieure (New Form of Posterior Colporrhaphy). B. CRECK. *The Bost. med. and Surg. J.*, octobre 1888, n° 14. — Monstruosité unique (A unique monstrosity). B. WELLOS. *The Am. J. of Obst.*, décembre 1888, p. 1265. — Nouvelle méthode opératoire pour la restauration du périnée déchiré (A new method of operation for Restauration of the lacerated perineum). P. DUDLEY. *The Am. J. of Obst.*, décembre 1888, p. 1233. — Ovariotomie suivie de succès chez un enfant âgé de 8 ans et 6 mois (Successful case of Ovariotomy in a child eight years and six months of age). G. MACKENZIE. *The Dubl. med. J.*, octobre 1888, p. 302. — Quatrième série de trente-cinq ovariotomies. TERRILLON. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie*, t. XIV, p. 776. — Quelques remarques touchant l'historique et la technique opératoire de la périnéorraphie à lambeaux (Einige geschichtliche und technische Bomerkungen zur Lappenperineorraphie). SÄNGER. *Cent. f. Gynäk.*, novembre 1888, n° 47. — Résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale totale. SÉCHEYRON, octobre 1888, p. 596. — Sur la ligature en chaîne ; procédés pour placer les fils. V. WALLICH. *Ann. de Gyn. et d'obst.*, novembre 1888, p. 351. — Sur le traitement des fibromes utérins par l'électrolyse intra-utérine. DELÉTANG. *Bull. de l'Acad. de méd.*, novembre 1888, n° 43. — Sur l'incision exploratrice des parois abdominales. SNÉGUIREFF. *Arch. de Tocologie*, novembre 1888, p. 686; décembre, p. 727. — Trois cas d'ovariotomie (Three Cases of Ovariotomy). J. BYERS. *The Dublin med. J.*, octobre 1888, p. 298. — Une modification de l'extirpation de l'utérus par le vagin (Eine Modifikation der Uterus extirpation per vaginam). STRATZ. *Cent. f. Gynäk*, décembre, 1888, n° 50.

Utérus. — Considérations cliniques sur la métrite du col. DOLÉRIS. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, novembre 1888, p. 509. — De la métrite cervicale, étude anatomo-pathologique de l'inflammation chronique du col de l'utérus. DOLÉRIS et MANGIN. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, novembre 1888, p. 483. — De l'amputation partielle du col de l'utérus. VERNEUIL. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.*, t. XIV, p. 717. — Discussion sur le cancer de l'utérus. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.*, t. XIV, p. 761.

Troubles divers d'origine génitale. — Dysménorrhée mécanique et stérilité (Obstructive dysmenorrhæa and Sterility). H. CROOM. *The Brit. med. J.*, octobre 1888, p. 870. — Iléus après extirpation totale de l'utérus par le vagin (Ileus nach vaginaler Totalexstirpation des Uterus). REICHEL. *Zeitsch. f. Geb. und Gynäk.*, 1888, Bd XV, Hft 1, p. 37. — Superinvolution de l'utérus après la trachélorraphie (Superinvolution of the uterus following trachelorraphy). V. HARDON. *The Am. J. of Obst.*, octobre 1888.

Vagin. — Un cas d'hémorrhagie vaginale profuse après déchirure du vagin dans le coït (Ein Fall von profuser vaginalblutung nach Scheidenruptur beim coïtus). BARTHEL. *Cent. f. Gynäk.*, décembre 1888, nº 48.

Vulve. — Contagiosité de la vulvo-vaginite des petites filles. OLLIVIER. *Bull. de l'Acad. de méd.*, octobre 1888, p. 43. — Les petites lèvres et l'hymen (The labia Minora and Hymen). BALLANTYNE. *Edinb. med. J.*, novembre 1888, p. 425.

Médecine légale. — Affaire d'avortement provoqué au tribunal correctionel de Liège. CHARLES. *Journ. d'accouch. et Rev. de méd. et de chir. pratiques,* décembre 1888, nº 23. — De la valeur médico-locale du siège de la rupture spontanée du cordon ombilical. TRACHET. *Arch. de tocol.*, octobre 1888, p. 611.

Variétés. — Contribution à l'étude de la vessie pendant la puerpéralité. AUVARD. *Arch. de tocol.*, octobre 1888, p. 599. — Contribution à l'étude des mamelles surnuméraires ou supplémentaires. AUVARD. *Arch. de tocol.*, octobre 1888, p. 622. — Des aberrations du sens génésique et de l'hybridité chez les animaux. A. GOUBAUD. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, octobre 1888, p. 455; novembre, p. 492. — Emploi du vésicatoire chez les enfants. P. LE GENDRE. *Rev. pratique d'obst. et d'hyg. de l'enfance,* octobre 1888, p. 308. — Encore la question de l'auto-infection (Wieder die Lehre von der Selbstinfektion). W. THORN. *Samml. Klin. Vortr.* novembre 1888. — Étude sur le souffle gravidique extra-utérin. TRACHET. *Arch. de tocol.*, novembre 1888, p. 668. — Hygiène de l'enfance, etc. P. LE GENDRE. *Rev. pratique d'obst. et d'hyg. de l'enfance,* p. 314 ; novembre, 342. — Hygiène alimentaire des nourrices. P. LE GENDRE. *Rev. pratique d'obst. et d'hyg. de l'enfance,* novembre 1888, p. 342 ; décembre, p. 370. — Impressions maternelles (Maternal impressions). GRANDIN. *The Am. J. of Obst.*, novembre 1888, p. 1172. — L'obstétrique active

et l'obstétrique expectante. Un exemple d'expectation dans un travail lent, etc. CHARLES. *Journ. d'Accouch. et Revue de méd. et de chirurg. pratiques*, novembre 1888, n° 21. — 4e réunion annuelle de la Société italienne d'Obstétrique et de Gynécologie tenue à Naples du 3 au 8 septembre 1888 (Quarta reunione annuale della Societa Italiana di Ostetricia e Ginecologia tenuta in Napoli dal 3 all' 8 Settembre 1888). *Annal. di ostet. e ginecol.*, octobre 1888, p. 446; novembre, p. 481.

VARIÉTÉS

Cours démonstratif d'Accouchements.

MM. les Drs BOISSARD et VARNIER commenceront, le *Mardi* 12 *Février, à 4 heures,* un cours gratuit d'Accouchements, 2, rue Casimir-Delavigne.

Ce cours sera complet en 32 leçons; aura lieu *tous les jours de* 4 *heures à* 5 *heures* et sera suivi d'exercices pratiques sur le mannequin.

On est prié de se faire inscrire d'avance à la librairie G. Steinheil, 2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, *où seront délivrées des cartes personnelles.*

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Morfinismo e gravidanza, par le Dr G. B. MARTA, de Venise.

Contributo alla storia dello sviluppo rapido di alcuni tumori durante la gravidanza, par le Dr G. B. MARTA.

Due casi di mola versicolare, par le Dr G. B. MARTA.

Cesarean section necessitated and justified by hypertrophic elongation of the cervix, par Yno S. COLEMAN.

Douze mois de section abdominale et vaginale (Twelve months of abdominal and vaginal section), par le Dr H. BYFORD.

Pyosalpingite double. Laparotomie. Extirpation des trompes utérines. Guérison. F. FRAIPONT.

Legration enginecopatia y reglas a que debe ajustarse esta operacion. A. C. TOMÉ.

Le gérant: G. STEINHEIL

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Février 1889

TRAVAUX ORIGINAUX

DE QUELQUES ANOMALIES DANS LE DÉVELOPPEMENT ET LA FONCTION DES GLANDES MAMMAIRES DE LA FEMME

Par le Dr **Otto Engström**, professeur agrégé (Helsingfors).

La structure anatomique et la fonction des glandes mammaires chez les femmes sont bien connues.

Au nombre de deux, et ayant chacune leur mamelon, elles occupent, sur la face antérieure du thorax, quand elles ont atteint leur plein développement, une région variant un peu, comprise, dans le plan vertical, entre la 3e et la 6e ou 7e côte, et s'étendant horizontalement du sternum à la ligne axillaire antérieure ; la plus grande partie en est située sur le *grand pectoral*, une petite partie aussi sur le muscle grand dentelé antérieur. A la naissance, elles ne sont qu'indiquées et s'élèvent à peine au-dessus du niveau de la peau ; mais, chez les garçons aussi bien que chez les filles, elles commencent, presque toujours, à se tuméfier, vers le 3e ou 4e jour. Ce gonflement, qui atteint son maximum du 8e au 10e jour, disparaît ensuite peu à peu, et les mamelles reprennent l'apparence qu'elles avaient à la naissance. Elles restent en cet état durant l'enfance ; avec la puberté, elles commencent, chez les jeunes filles, à s'élever et augmentent de volume. C'est

seulement alors que se forment de véritables acini. Mais elles n'atteignent leur plein développement que sous l'influence d'une grossesse et aussitôt après l'accouchement. Quand cesse la lactation, au bout d'un temps très variable, les glandes, jusque-là remplies de lait, se dégonflent, les mamelles, auxquelles le sang afflue en moins grande quantité, diminuent un peu, mais pour récupérer leur plein développement à une nouvelle grossesse. Enfin, l'âge critique et la vieillesse amènent la même atrophie définitive des mamelles que des organes de la génération.

Ces conditions anatomiques présentent quelquefois des irrégularités. Ainsi, on a constaté l'absence (amazia) ou le développement rudimentaire d'un sein ou de tous les deux, ou leur hypertrophie, l'absence de mamelon (athelia), l'existence de plusieurs mamelons au même sein (polythelia), ou de mamelles surnuméraires (polymasta ou pleiomazia), celles-ci occupant, par conséquent, une situation anormale.

Le fonctionnement des glandes mammaires est naturellement en connexion intime avec leur développement; le caractère temporaire de leurs fonctions, l'alternance de l'activité et de repos, est quelque chose de particulier à ces organes.

Chez les nouveau-nés, filles ou garçons, le gonflement des mamelles s'accompagne de la sécrétion d'un liquide que l'analyse microscopique et chimique montre tout à fait semblable au colostrum, et qui, si l'on s'abstient d'exercer une pression, disparaît bientôt avec le gonflement des seins. Mais, abstraction faite de cette sécrétion, qu'il faut bien, avec *de Sinéty* et d'autres, regarder comme une véritable lactation, il est dans la nature des glandes mammaires, qu'elles ne commencent à fonctionner que lorsque, sous l'influence d'une grossesse, elles ont atteint leur plein développement. Ainsi, elles n'entrent en activité qu'après la conception; cette activité atteint son maximum après l'accouchement, puis cesse, après un temps très variable, pour se réveiller à une nouvelle grossesse et parcourir de nouveau les mêmes phases.

Mais on constate aussi quelquefois des irrégularités très marquées dans ces conditions physiologiques. Il peut arriver, après une grossesse, un accouchement et des suites de couches parfaitement normales, que la sécrétion du lait fasse complètement ou presque complètement défaut (agalactia), comme elle peut être aussi d'une abondance et d'une durée anormales (galactorrhæa). Entre ces extrêmes, il y a des degrés infinis, de sorte que dans certains cas il est presque impossible de décider s'il y a véritablement anomalie. Mais, outre cela, on a observé des cas de lactation sans grossesse actuelle ou récente. Cela constitue, indiscutablement, une anomalie de fonction.

Je ne traiterai ici que de trois groupes d'anomalies du développement ou des fonctions des glandes mammaires chez les femmes :

1. *Absence ou développement rudimentaire de la mamelle.*

2. *Mamelles ou mamelons surnuméraires*

3. *Sécrétion de lait indépendante d'une grossesse.*

Je ne parlerai pas des autres anomalies, parce que je n'ai pas à leur sujet d'expérience personnelle.

1. — *Absence ou développement rudimentaire de la mamelle.*

Cette anomalie est simple ou double, selon qu'elle intéresse une des mamelles ou toutes les deux. Mais cette dernière éventualité a été très rarement observée et paraît être toujours compliquée de déformations graves du thorax incompatibles avec une existence individuelle en dehors de l'utérus. Un état rudimentaire des seins accompagne souvent l'absence ou le développement incomplet de l'utérus ou des ovaires.

L'absence de l'un des seins est plus fréquent, bien que rare aussi. Mais elle paraît aussi coïncider toujours avec d'autres difformités congénitales. *Birkett* (1) n'a constaté qu'un

(1) The diseases of the breast and their treatment. London, p. 50.

seul cas d'absence congénitale d'un des seins, qui ne fut pas associé à d'autres vices de conformation. Tantôt c'était la partie correspondante du thorax qui était incomplètement développée, tantôt l'ovaire manquait du même côté.

J'ai observé deux cas d'absence ou de développement incomplet d'un des seins. Voici ces deux observations, toutes deux de ma pratique privée :

1. Mlle Hanna V., 21 ans, Helsingfors.

Le 15 décembre 1883. La glande mammaire gauche fait entièrement défaut. Il n'existe qu'un mamelon très atrophié, et, sous la peau, un petit amas de graisse, mais si insignifiant, qu'il ne forme même pas une éminence. Du grand pectoral, il n'existe que la partie claviculaire ; la partie sternale est complètement absente. Il n'est pas possible de constater si le petit pectoral existe. Les côtes et leurs cartilages sont normalement conformés. La peau s'y adapte dans la région même où elles devraient être recouvertes par le sein gauche et la portion sternale du grand pectoral. Il n'y a pas de cicatrices dans cette région. Le sein droit est normal et bien développé. Le sujet est de petite taille, un peu chétif, mais symétriquement conformé, *abstraction faite de cette anomalie du sein.* L'appareil génital n'offre rien d'anormal. Il n'y a pas eu, que l'on sache, d'anomalies mammaires dans sa parenté.

2. Mme Sophie L., 27 ans, Helsingfors.

Le 13 juillet 1885. Le sein gauche, flasque et pendant, contient du lait. Le sein droit, au contraire, est très petit, à peine 1/5e du gauche, et ne pend pas ; le mamelon est bien développé, ainsi que l'aréole ; on constate au toucher un peu de tissu glandulaire ; la pression fait jaillir du lait par le mamelon. La portion claviculaire du grand pectoral a un développement normal, mais de la portion sternale on ne trouve que la partie supérieure, ne dépassant pas la 2e côte. Les côtes et leurs cartilages, normaux. Pas de cicatrices dans la région du sein droit. Pas d'anomalies de l'appareil génital. La malade est maigre et en état de consomption (phtisique), de taille moyenne et symétriquement conformée, sauf l'anomalie ci-dessus. Elle a mis au monde deux enfants vivants venus à terme, le second le 5 juin de cette année. Elle a allaité son premier enfant pendant trois mois avec le sein gauche ; le sein droit avait cessé de sécréter du lait une semaine après l'accouche-

ment. Elle n'a pas allaité son second enfant pour cause de faiblesse. Il n'y a pas eu à sa connaissance des cas d'anomalies mammaires dans sa parenté.

Ainsi, dans la première observation, ni l'inspection ni la palpation ne révélaient l'existence d'une glande mammaire sous le mamelon atrophié. Dans la région mammaire, la peau s'appliquait sur les côtes, les cartilages des côtes et les muscles intercostaux et n'en était séparée que par un mince pannicule adipeux ne formant pas de proéminence. La présence d'un mamelon atrophié ne prouve naturellement pas l'existence de tissu glandulaire. Cependant on ne peut, sans examen microscopique, nier absolument qu'il y en eut, fût-ce à l'état rudimentaire. On pourrait, toutefois, considérer presque comme une preuve qu'il n'y avait pas là d'éléments de glandes susceptibles de développement, le fait que le tissu glandulaire avait atteint dans l'autre sein son développement normal. En effet, on ne comprend pas comment le développement aurait pu se faire dans l'un des seins et non dans l'autre, si celui-ci eût contenu les éléments nécessaires.

Dans la deuxième observation, le tissu glandulaire du sein droit n'était qu'imparfaitement développé, et n'atteignait qu'à peine 1/5 de celui du côté gauche. Ce sein incomplet donnait pourtant du lait et en avait donné après un enfantement antérieur, pendant peu de temps, il est vrai, une semaine seulement, tandis que de son sein gauche, la mère avait pu allaiter son enfant pendant trois mois.

Qu'il s'agisse de l'absence totale ou d'un arrêt de développement d'un sein, il faut se rappeler que cette anomalie peut être congénitale ou acquise. Dans la plus tendre enfance, et surtout pendant les premiers jours de la vie, un processus inflammatoire, point du tout rare à cet âge, peut entraîner comme conséquence une destruction plus ou moins étendue, quelquefois peut-être complète du tissu glandulaire, qui alors est encore à l'état rudimentaire.

Il en peut résulter un retard ou un arrêt complet de déve-

loppement, aussi fâcheux au point de vue physiologique, que sous le rapport de la symétrie des formes. Dans les deux observations citées, il y a indubitablement vice congénital, une anomalie de développement et non pas la destruction plus ou moins complète du tissu glandulaire par un processus inflammatoire, mastite ou autre affection destructive. En effet, les deux sujets en question n'avaient aucune connaissance d'une inflammation antérieure. On ne peut pas, il est vrai, attacher beaucoup d'importance à ce détail; car la maladie aurait pu avoir lieu pendant les premiers jours de la vie des deux personnes et ne pas leur avoir été mentionnée. Mais une mastite ou toute autre maladie, assez intense pour avoir détruit tout ou partie du tissu glandulaire, aurait certainement laissé quelque trace, quelque cicatrice. Or, il n'y en avait pas. D'autre part, ce qui confirme le plus fortement ma manière de voir, c'est la coïncidence du développement incomplet du grand pectoral. Dans le premier cas, il n'en restait que la portion claviculaire. Dans le second, le défaut de développement était un peu moindre; puisque, outre la portion claviculaire tout entière, il y avait encore la partie supérieure de la portion sternale, mais les fibres musculaires s'arrêtaient à la hauteur de la deuxième côte. Ce défaut de développement du grand pectoral, constaté dans les deux cas, indique clairement un arrêt de développement des glandes mammaires survenues pendant la période embryonnaire.

A en juger par les données souvent incomplètes de la littérature médicale, il est rare, si même cela arrive jamais, que l'absence d'un sein ne soit pas accompagnée de quelque défectuosité de la moitié correspondante du thorax ou d'un arrêt de développement des organes intérieurs de la génération. Le cas qui semble le plus fréquent, c'est le dévelopement incomplet du grand pectoral ; ainsi d'une observation relatée par *Paull* (1); de même de mes deux observations

(1) Total absence of the left mammary gland from nondevelopment. *Lancet*, 1862, vol. I, p. 648.

citées plus haut. Dans d'autres cas, outre le développement incomplet du grand pectoral, il y avait absence de la partie antérieure des 3e et 4e côtes avec les cartilages et les muscles correspondants, de sorte qu'en cet endroit la paroi thoracique n'était formée que de parties molles. *R. Froriep* (1), relate une observation semblable : La 3e et la 4e côtes ne s'étendaient que jusqu'au bord antérieur de l'omoplate et il n'y avait de leurs cartilages qu'une faible portion attenante au sternum. Il ne restait du grand pectoral que la portion claviculaire et un petit faisceau de fibres partant du manubrium sterni. Le petit pectoral manquait complètement. Les parties (dents) du grand dentelé antérieur qui s'attachent aux 3e et 4e côtes manquaient aussi. Les muscles intercostaux faisaient défaut là où les côtes n'étaient pas développées. Une membrane tendineuse occupait la place des parties absentes [et couvrait le défaut de développement de la paroi thoracique.

D'autre part *Scanzoni* (2), communique deux observations de l'absence complète d'un des seins, où l'autopsie a révélé l'absence totale de l'ovaire corespondant.

Dans mes deux observations, même dans la première, où il n'y avait pas trace de tissus glanduleux, on voyait un mamelon distinct, bien qu'atrophié. Mais le mamelon fait aussi quelquefois défaut, comme on le voit par des observations rapportées dans les publications médicales.

On a cru pouvoir établir que, dans l'absence unilatérale, l'anomalie se présentait plus souvent à droite qu'à gauche. Mes deux observations, où l'arrêt de développement était à gauche dans l'une, à droite dans l'autre, ne prouvent naturellement rien, ni pour ni contre cette assertion.

L'influence de l'hérédité a aussi été constatée dans cette

---

(1) Beobachtung, eines Falles von Mangel der Brustdrüse. L. F. v. FRORIEP. Neue Notizen aus dem Gebiete d. Natur-und Heilkunde. Bd 10. Weimar, 1839, p. 9.

(2) KIVISCH. Klin. Vorträge über spec. Pathologie u. Therapie d. Krankheiten des weib, Geschlectes. Bd III. Prag., 1858, p. 47.

anomalie. Louzier (1) cite une dame qui n'avait qu'un sein et qui légua cette défectuosité à sa fille. Geoffroy Saint-Hilaire (2) rapporte une observation semblable. Dans mes observations et dans d'autres cas connus, l'hérédité n'est pas constatée.

Les deux observations que j'ai rapportées donnent, ce me semble, une indication sur la cause à laquelle il faut attribuer l'arrêt plus ou moins complet du développement des glandes mammaires. Elles montrent en effet un parallélisme évident entre la défectuosité du sein et celle du grand pectoral. Dans le premier cas, la portion sternale manquant complètement, il y a défaut total du tissu glanduleux; dans le second, où il restait un peu de cette portion du muscle, le tissu glanduleux n'est pas absent, mais se développe incomplètement. Mais, quand le grand pectoral est incomplètement développé (que ce soit cause ou effet, peu importe), il faut que les vaisseaux sanguins qui le nourrissent soient incomplètement développés, et cela d'autant plus que le défaut de développement sera plus grand. Or, sans ces vaisseaux, qui doivent aussi fournir du sang à la glande mammaire, celle-ci ne pourra évidemment pas atteindre son plein développement. Voilà pourquoi je suis porté à voir la cause de l'arrêt de développement du sein dans une anomalie des vaisseaux sanguins, et spécialement dans un développement insuffisant des vaisseaux qui, dans les conditions normales, nourrissent les glandes mammaires.

2. — *Mamelles et mamelons surnuméraires.*

Les mamelles surnuméraires (polymastia ou pleiomazia) et les mamelons surnuméraires (polythelia) se rencontrent aussi bien chez les hommes que chez les femmes et ne sont certainement pas aussi rares qu'on l'a cru jusqu'à ces der-

(1) *Analekten f. Frauenkrankheiten.* Bd II. Leipzig, 1840, p. 313.
(2) *Analekten f. Frauenkrankheiten.* Bd IV, Leipzig, 1843, p. 155.

niers temps. C'est à cette conclusion qu'arrive aussi *Leichtenstern* (1), qui a fait une étude minutieuse de 92 observations déjà publiées et de 13 faits par lui-même.

Ces mamelles surnuméraires, qui sont généralement à l'état rudimentaire et ne causent aucun inconvénient, ne tombent, le plus souvent, sous l'observation du médecin que tout à fait par hasard, et sont souvent ignorées de la personne même qu'une nature prodigue en a douée. Rarement une mamelle surnuméraire atteint le sixième, plus rarement encore le quart de la grosseur d'une mamelle normale; c'est à peine si l'on peut dire qu'il arrive qu'elles atteignent un développement égal. *Tarnier* (2) a, il est vrai, observé un cas où deux mamelles surnuméraires, situées au-dessous des mamelles normales, étaient aussi développées que celles-ci. Mais, en règle générale, les mamelles surnuméraires restent à l'état rudimentaire.

On ne trouve alors qu'un petit mamelon atrophié, semblabe à une verrue, avec peu ou point de tissu glanduleux constatable à la palpation; l'aréole manque souvent. En cas de grossesse, il peut arriver qu'une mamelle surnuméraire devienne plus appréciable, si elle se développe plus vite pendant la gravidité. Mais ce n'est pas toujours, pas même souvent, le cas, et même alors, elle n'est le siège que d'une sécrétion insignifiante de lait. Du reste, il arrive souvent que cette sécrétion n'a pas lieu à l'occasion du premier ou même des premiers enfants, il peut encore se faire qu'elle ne se fasse jamais. Aussi comprend-on qu'une femme, qui ne consacre pas à son corps une attention particulière, puisse être profondément étonnée quand le médecin l'informe qu'elle possède une mamelle supplémentaire. Ce fut en effet le cas dans l'observation que je rapporte plus loin. Bien que la

(1) Ueber das Vorkommen und die Bedeutung supernumerärer (accessorischer) Brüste und Brustwarzen. *Wirchow's Archiv*. Bd. 73, Berlin, 1878, p. 222.

(2) P. CAZEAUX. Traité théorique et pratique de l'art des accouchements. 8e édit. par *Tarnier*. Paris, 1870, p. 86.

mamelle surnuméraire sécrétât du lait sous une pression même légère, la femme elle-même n'en savait rien et n'avait jamais fait attention au petit mamelon qu'elle avait sous le sein gauche. Dans le second cas, probablement une polythélie, la femme avait bien remarqué le mamelon, mais n'en comprenait pas la nature et ne savait pas qu'il s'en écoulait du lait. Il n'y a là rien d'étonnant, car un médecin aurait très bien pu se méprendre sur la nature de ce petit mamelon, ressemblant beaucoup à une verrue ordinaire et ne recouvrant pas de tissu glanduleux appréciable. Ce fut à un examen minutieux pour constater l'aptitude de cette femme comme nourrice, que la mamelle surnuméraire fut diagnostiquée à cause du lait qu'elle sécrétait.

Lorsqu'une mamelle surnuméraire est d'une certaine grandeur, son gonflement pendant la grossesse et la formation du lait peut quelquefois causer des douleurs poignantes ou lancinantes ; ou bien encore la mamelle gonflée peut, selon la place qu'elle occupe, par exemple dans le voisinage de l'aisselle, gêner la liberté des mouvements. Il peut arriver dans ces circonstances qu'une femme soit obligée d'avoir recours au médecin. Mais ces cas paraissent fort rares. En général, les mamelles surnuméraires ne causent pas d'inconvénients plus graves que celui d'humecter le linge de la nourrice pendant l'allaitement. *(A suivre.)*

DE LA MÉNINGITE AIGUE PENDANT LA GROSSESSE

OPPORTUNITÉ DE PROVOQUER L'ACCOUCHEMENT

Par le Dr **J. Chambrelent,**
Ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Lorsqu'une affection aiguë se manifeste chez une femme arrivée dans les deux derniers mois de sa grossesse, une question de la plus haute importance se pose toujours à l'accoucheur :

Y a-t-il intérêt à voir la grossesse interrompre son cours, et doit-on au besoin solliciter ce dénouement ?

Les accoucheurs sont aujourd'hui à peu près unanimes à conseiller en pareil cas l'expectation.

Ils appuient cette règle de conduite sur les trois appréciations suivantes :

1° La maladie aiguë de la mère, lorsqu'elle est grave, amène presque toujours l'interruption spontanée de la grossesse.

2° Le pronostic de l'affection maternelle pourrait être aggravé par une intervention opératoire.

3° Le fœtus participe généralement à l'affection maternelle et son existence est par cela même fort compromise.

Ces raisons nous paraissent très judicieuses en ce qui concerne la plupart des affections aiguës graves et particulièrement en ce qui concerne les fièvres éruptives.

Mais en est-il toujours ainsi, et cette règle doit-elle être appliquée à toutes les affections aiguës ? Nous ne le pensons pas et nous croyons, que chaque maladie, ou du moins chaque groupe pathologique, peut comporter des indications spéciales.

Nous nous proposons d'étudier aujourd'hui la question en ce qui concerne la méningite.

Cette affection, qu'elle soit de nature tuberculeuse, ou bien simplement inflammatoire n'est pas absolument rare dans l'âge adulte et on doit s'attendre à la rencontrer quelquefois chez des femmes enceintes.

Nous ne croyons cependant pas que cette question ait été étudiée jusqu'ici, du moins n'avons-nous trouvé nulle part de travail d'ensemble sur ce sujet, et c'est après bien des recherches que nous avons pu recueillir quelques rares observations de méningite survenue pendant la grossesse.

Durant le cours de nos études médicales, — il nous a été donné trois fois de rencontrer cette affection chez des femmes enceintes.

Nous avons pu non seulement en suivre avec détail les

observations, mais encore confirmer le diagnostic par l'examen nécroscopique.

Or dans ces trois cas, se rapportant à des femmes arrivées à des époques variables de la parturition, l'affection n'avait dans aucun cas paru retentir sur la grossesse ; les trois femmes, étaient *mortes enceintes*, et, fait fort intéressant, le fœtus n'avait subi aucune altération, et paraissait n'avoir succombé que postérieuremeut ou peu de temps avant la mort de la mère.

Il s'agissait dans les trois cas auxquels nous faisons allusion, et dont on retrouvera l'observation plus loin, de méningites de nature tuberculeuse. C'est comme tels que nous les avons présentés au mois de juillet dernier au Congrès pour l'étude de la tuberculose.

Nous insistions dans notre communication sur l'état d'intégrité dans lequel nous avions toujours trouvé les fœtus à l'autopsie, et de ces faits nous croyons pouvoir conclure : qu'en général la méningite tuberculeuse n'interrompait pas le cours de la grossesse, que le fœtus ne paraissait pas participer à l'affection si grave de sa mère ; donc si l'on venait à se trouver en présence d'une femme atteinte de cette maladie, dont on le sait le pronostic est presque absolument fatal, et que cette femme fût arrivée après le septième mois de sa grossesse, on devrait provoquer l'accouchement prématuré une fois le diagnostic bien établi, on aurait ainsi les plus grandes chances d'avoir un enfant vivant.

Nous n'avions pu à cette époque trouver dans les divers auteurs aucune observation pouvant infirmer ou confirmer nos conclusions.

Depuis, nous avons poursuivi nos recherches non seulement en parcourant les divers travaux qui paraissaient se rapporter plus ou moins directement à notre sujet, mais en consultant à ce point de vue nos maîtres et nos confrères. Nous avons pu ainsi réunir quatre observations, dont deux inédites, de femmes atteintes pendant leur grossesse de méningite soit inflammatoire, soit tuberculeuse, qui toutes ont

succombé rapidement, mais qui toutes ont donné naissance à des enfants vivants. Chez l'une d'elles l'accouchement s'est fait spontanément quelques heures avant la mort. Chez deux autres on a fait l'accouchement forcé *in extremis*, enfin chez une quatrième, c'est à l'opération césarienne *post mortem* qu'on a dû avoir recours : l'enfant est bien venu vivant, mais a succombé au bout de quelques heures.

Ces observations paraissent devoir nous confirmer dans notre opinion, et nous croyons qu'en présence d'une femme arrivée dans les deux derniers mois de sa grossesse, c'est-à-dire à l'époque où l'enfant est considéré comme viable, cette femme étant atteinte d'une méningite, une fois ce diagnostic bien établi, on ne doit pas hésiter à provoquer l'accouchement.

En effet, on ne devra pas compter sur l'accouchement spontané qui n'aura généralement pas lieu avant la mort de la mère (une fois sur sept observations).

On ne pourra craindre d'assombrir le pronostic de l'affection de la mère puisque ce pronostic est presque absolument fatal.

Enfin l'enfant n'ayant jamais paru participer à la grave affection maternelle, on aura ainsi les plus grandes chances de le voir naître vivant.

Une objection pourrait être faite à cette manière de voir en ce qui concerne la méningite tuberculeuse. On a avancé en effet que la diathèse tuberculeuse était transmissible au fœtus, et qu'il y aurait alors peu d'avantages à faire naître un enfant vivant qui succomberait quelques jours après.

Nous répondrons à cela par des arguments de plusieurs ordres :

1° Étant donnée une méningite, il est souvent très difficile de dire, souvent même impossible avant la nécropsie, si cette méningite est ou n'est pas de nature tuberculeuse.

2° La transmission fatale de la diathèse tuberculeuse de la mère au fœtus ne nous paraît pas encore suffisamment établie.

On verra dans notre seconde observation, qui se rapporte à une femme qui non seulement avait de la méningite tuberculeuse, mais qui avait en même temps de la tuberculose généralisée, que non seulement le fœtus ne présentait pas la moindre trace de tubercules, mais que des inoculations faites, avec des fragments de ce fœtus, sont restées négatives.

3° Enfin même en serait-il ainsi, nous ne croyons pas que le médecin ait le droit d'escompter l'avenir, et son premier devoir doit être de sauver, quand il le peut, les existences qui lui sont confiées.

Nous allons donner d'abord le résumé des observations qui nous sont personnelles ; comme on le verra dans les deux premières la grossesse était trop peu avancée pour que l'on pût songer à provoquer l'accouchement, mais ce sur quoi nous avons voulu insister, c'est d'abord le peu de retentissement qu'a eu la maladie sur l'utérus, et ensuite l'état d'intégrité du fœtus. Dans la troisième observation, où la grossesse était arrivée au commencement du septième mois, un accouchement provoqué aurait peut être permis d'avoir l'enfant vivant.

Obs. I (Recueillie dans le service de M. le professeur Picot) (1). — Marguerite P..., 18 ans, native de Foix, domestique à Bordeaux depuis quelques mois.

Pas d'antécédents tuberculeux dans sa famille. Elle-même jusqu'à ces derniers temps s'est toujours bien portée.

Trois mois avant son entrée à l'hôpital elle avait été séduite et était devenue enceinte. A partir de cette époque on constate un changement complet dans le caractère de cette fille, qui d'heureux et jovial était devenu subitement sombre et taciturne. Quelque temps après, maux de tête violents et vomissements, ce qui détermine son entrée à l'hôpital Saint-André de Bordeaux le 14 mars 1881.

Nous constatons ce jour l'état suivant :

(1) Cette observation a été publiée par nous dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, en 1881.

État complètement apyrétique. Tempér: 37°,5, pouls 80. L'auscultation ne révèle rien d'anormal du côté des organes thoraciques. L'abdomen est tendu. Le palper abdominal permet de sentir l'utérus remontant de quelques travers de doigt au-dessus de la symphyse du pubis. Le toucher vaginal permet de constater que le col utérin est en partie ramolli.

On porte le diagnostic de vomissements du début de la grossesse et la malade est laissée en observation.

Mais, dès le lendemain, la malade est prise de délire. On constate en même temps une dilatation très marquée des deux pupilles, s'accompagnant de photophobie intense. Enfin les maux de tête et les vomissements persistent. Cet état continue pendant deux jours, puis un mieux sensible se manifeste, le délire cesse, les troubles oculaires diminuent; en somme il paraît y avoir une grande amélioration dans l'état de la malade, mais cet état de mieux passager ne fait que confirmer le diagnostic que nous avons porté de méningite tuberculeuse.

Quelques jours après, le 23 mars, la malade est reprise de délire, elle se plaint de diplopie, ne reconnaît plus les personnes qui l'entourent. L'état va ainsi s'aggravant jusqu'au 29, époque à laquelle la malade succombe, sans avoir présenté aucun phénomène du côté de l'utérus, ni contractions, ni pertes d'eau ou de sang.

Autopsie le lendemain. Pas de traces de tubercules dans les poumons, ni dans les autres organes thoraciques ou abdominaux.

Le cerveau présente les lésions suivantes : infiltration de pus concret au niveau du chiasma des nerfs optiques et des tubercules quadrijumeaux. Nombreuses granulations tuberculeuses sur les méninges, granulations qui sont particulièrement développées le long des petits vaisseaux dépendant de l'artère sylvienne.

Épanchement abondant intra-ventriculaire et ramollissement à peu près complet du septum lucidum et du bord inférieur du corps calleux. Le ramollissement s'étend, quoique d'une façon moins accusée, à la couche optique et au corps strié. L'utérus a la forme sphérique et le développement du troisième mois de la grossesse. Le col en partie ramolli a encore toute sa longueur. Les membranes de l'œuf sont absolument intactes. Le liquide amniotique, en quantité normale, est parfaitement transparent. Dans l'intérieur on aperçoit le corps du fœtus qui a bien son développement normal de trois mois et qui est en parfait état de conservation.

En résumé, cette observation nous montre une femme atteinte de méningite tuberculeuse ayant succombé avec des lésions les plus graves du cerveau, et dont l'utérus gravide de trois mois n'a paru nullement subir l'influence de cette affection.

Obs. II (personnelle) (1). — (Aussi recueillie dans le service de M. le Prof. Picot, en 1885.)

Une jeune femme d'une vingtaine d'années, enceinte pour la première fois et arrivée au sixième mois de sa grossesse, entre à l'hôpital le 26 octobre, se plaignant de céphalalgie violente, accompagnée d'une perte rapide des forces, si bien que depuis deux jours la malade était incapable de se tenir debout.

Pas d'antécédents tuberculeux dans sa famille. Elle-même a toujours joui d'une bonne santé pendant sa jeunesse, mais a fait à deux reprises différentes des chutes graves sur la tête.

Fièvre intense ; pouls, 110 pulsations ; température 39°,4. Langue saburrale, mais humide. — Constipation.

L'auscultation de la poitrine permet de constater les signes incontestables de tuberculose dans les deux poumons. Contraction marquée des muscles de la région postérieure du cou.

Du côté de l'abdomen on constate le développement de l'utérus qui dépasse de plusieurs travers de doigt le niveau de l'ombilic. L'auscultation permet de constater d'une façon très nette l'existence des battements du cœur du fœtus. Ces divers signes permettent à M. le Prof. Picot de porter le diagnostic de méningite tuberculeuse.

Les jours suivants la marche de la maladie vint confirmer le diagnostic. L'état devint de plus en plus grave, la malade ne tarda pas à tomber dans le coma et succomba le 5 novembre, c'est-à-dire dix jours après son entrée à l'hôpital.

Pendant la durée de la maladie nous avons eu occasion d'ausculter avec soin l'utérus et nous avons pu constater d'une façon très nette les battements du cœur du fœtus jusqu'au 2 novembre, c'est-à-dire trois jours avant la mort ; à partir de ce moment il ne

(1) Cette observation fait le sujet d'une clinique de M. le Dr Picot, qui a été publiée dans la *Gazette médicale de Bordeaux*, 1885.

nous a plus été donné de les percevoir, mais il est vrai de dire que la malade était alors dans un état comateux et avait une respiration stertoreuse très bruyante qui gênait absolument l'auscultation de l'abdomen.

Le lendemain de la mort, autopsie.

Les organes thoraciques sont sérieusement atteints par la tuberculose.

Le poumon gauche est dur au toucher et crépite dans toute son étendue, mais la coupe le montre farci du haut en bas d'une énorme quantité de granulations tuberculeuses.

Le poumon droit présentait les mêmes lésions.

Le cœur est mou et présente une teinte feuille-morte manifeste.

Le foie est sain.

La rate est volumineuse et farcie de granulations tuberculeuses.

Dans chacun des reins on trouve aussi un certain nombre de granulations tuberculeuses siégeant dans la substance corticale.

Les lésions encéphaliques sont surtout importantes à noter :

Les méninges sont très congestionnées.

Le chiasma des nerfs optiques, l'espace perforé antérieur, l'espace perforé postérieur, sont englobés dans un magma purulent de coloration jaune verdâtre. Les artères sylviennes sont englobées dans une masse adhérente au milieu de laquelle on aperçoit de nombreuses granulations tuberculeuses.

Enfin l'intérieur du cerveau présente aussi les lésions ordinaires de la méningite tuberculeuse.

Les ventricules latéraux sont remplis par un épanchement limpide, incolore et abondant. Le sceptum lucidum a presque complètement disparu, il est réduit à l'état de bouillie.

L'ouverture de l'abdomen permet de constater que le péritoine est sain. L'utérus de forme ovoïde a son développement normal du sixième mois de la grossesse. En l'ouvrant on constate que l'œuf est intact, le liquide amniotique en quantité un peu supérieure à la normale est absolument limpide. Le corps du fœtus est en état parfait de conservation et ne présente pas le moindre début de macération. Nous avons fait sur le corps de ce fœtus des recherches au point de vue de l'existence de la tuberculose. Les divers organes ont été examinés avec soin et ne présentaient à l'œil nu aucune lésion pouvant être rapportée à la tuberculose. Des recherches histologiques ont été faites sur ces divers organes par notre ami

M. le Dr Ferré, alors chef des travaux histologiques, et n'ont révélé la présence d'aucun bacille de la tuberculose.

Enfin nous avons nous-même inoculé à un lapin un morceau de foie et un morceau de poumon de ce fœtus, tandis qu'en même temps un autre lapin était inoculé avec une certaine quantité de poumon de la mère. Ces deux animaux ont été sacrifiés au bout de quelques semaines devant la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, et nous avons pu constater que tandis que l'inoculation s'était montrée positive chez le lapin qui avait reçu un morceau de poumon de la mère, elle était absolument négative pour le lapin qui avait été inoculé avec les organes du fœtus.

Ces résultats nous paraissent intéressants à signaler, aujourd'hui qu'il est bien démontré que le placenta n'est pas, comme on l'avait cru jusqu'à ces derniers temps, une barrière infranchissable au passage des éléments figurés.

En résumé, comme dans l'observation précédente, nous avons pu constater qu'une méningite tuberculeuse ayant amené chez la mère les plus graves lésions du côté du cerveau, n'avait pas entraîné l'avortement. Que, de plus, si la mort du fœtus avait précédé celle de la mère, elle l'avait précédée de fort peu, puisqu'il ne présentait aucune trace de macération.

Enfin, malgré la généralisation presque complète de la tuberculose chez la mère, le fœtus nous a paru indemne.

Obs. III (personnelle). — Il s'agit encore d'une jeune femme enceinte pour la première fois, que j'ai pu observer dans le service de M. le professeur Pitres, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

Cette jeune femme arrivée au septième mois de sa grossesse, entre à l'hôpital, se plaignant de violents maux de tête et de vomissements ; quelques jours après se montrèrent des phénomènes nerveux et des troubles oculaires, qui firent porter sans hésitation le diagnostic de méningite tuberculeuse.

Quand je fus appelé à voir cette malade, elle était déjà dans la période ultime et ne répondait plus aux questions qu'on lui adres-

sait. Mon attention se porta du côté de l'utérus. Cet organe était développé comme au septième mois de la grossesse, le palper abdominal permettait de constater l'existence d'un fœtus en présentation du sommet et en position occipito-iliaque droite. L'auscultation permet d'affirmer que le fœtus est vivant et qu'il ne paraît pas souffrir.

Pendant trois jours il m'a été donné de suivre cette malade, et je n'ai pu constater, du côté de l'utérus, ni contraction, ni perte de liquide pouvant faire songer à un début de travail. Pendant tout ce temps, j'ai pu entendre d'une façon très nette les battements du cœur du fœtus.

La malade a succombé le lendemain de mon dernier examen.

Autopsie par le Dr André Moussous. — Existence de quelques tubercules au sommet des poumons. Dans le cerveau, les lésions classiques de la méningite tuberculeuse.

Du côté de l'utérus on ne constate pas d'effacement du col, les membranes de l'œuf sont intactes, le liquide amniotique n'est nullement altéré. Enfin le fœtus, en parfait état de conservation, ne paraît à l'œil nu présenter aucune lésion tuberculeuse. Il n'a pas, dans ce cas, été fait de recherches histologiques ni d'inoculations.

Comme dans les deux observations précédentes on voit que dans cette dernière, la méningite n'a pas paru non plus influencer la grossesse, ni le produit de la conception.

Voici maintenant les observations de méningite aiguë survenue pendant la grossesse que nous avons pu rassembler.

La première est simplement signalée dans un compte rendu de la clinique obstétricale de la faculté libre de Lille, publié par M. le Dr Eustache, dans les *Archives de tocologie*, 1881.

Nous y lisons simplement ceci :

« Une femme atteinte de méningite aiguë succomba quelques instants après son entrée à la Maternité. Elle était enceinte de sept mois ; l'opération césarienne pratiquée immédiatement après sa mort, amena un enfant qui vécut pendant près de trois quarts d'heure et put être baptisé » (1).

Toutes les recherches que nous avons pu faire pour retrou-

(1) *Arch. de tocologie*, 1881, p. 645.

ver les détails de cette observation sont restées vaines, mais elle n'en est pas moins intéressante dans son laconisme, puisque nous y retrouvons : la persistance de la grossesse malgré l'affection entraînant la mort de la mère, et la survie de l'enfant.

La seconde observation due à Hecker est rapportée dans la thèse d'agrégation de Gaulard (1). Elle est particulièrement intéressante et nous croyons devoir la reproduire ici :

Le 22 février 1860 entre à la clinique une personne de 30 ans, enceinte pour la deuxième fois, et au neuvième mois de la grossesse.

Après une couche régulière, elle fut prise en février 1854 de manie puerpérale, et comme le traitement à domicile n'apporta aucun amendement dans l'état de la malade, elle fut transférée dans un asile d'aliénés, d'où elle sortit après y avoir passé une année entière, le 9 mai 1855.

Cette guérison fut réelle puisque dans le cours des années suivantes il ne se déclara aucune rechute.

D'après sa déclaration, elle serait redevenue enceinte le 29 juin 1859 et s'est bien portée jusqu'en janvier 1860 ; mais en février se déclarèrent des symptômes qui firent appréhender un retour de la maladie mentale, c'est alors que la malade fut reçue à la Maternité.

La malade était agitée, se plaignait de violents maux de tête, mais on ne put, du reste, découvrir aucun signe d'affection organique ; à partir du 26 février il se déclara un peu de délire, de la fièvre, enfin la matrice semblait se contracter par moments. Le 1er mars, le pouls s'accéléra au point de ne pouvoir plus être compté, le délire devint tranquille, le visage hippocratique, et la mort parut prochaine. On songea à sauver l'enfant qui fut extrait vivant par le moyen de l'accouchement forcé.

Après l'accouchement le pouls diminua un peu de fréquence, mais il se déclara un état de collapsus qui ne céda à aucun des moyens mis en usage. La mort survint au bout d'une heure.

L'autopsie fut faite vingt-quatre heures après. On trouva une forte injection des vaisseaux de la dure-mère, pas d'ostéophytes ; glandes de Pacchioni nombreuses et saillantes, tubercules miliaires

(1) GAULARD. Thèse d'agrégation, 1880, p. 154.

nombreux sur l'arachnoïde, principalement dans les fosses de Sylvius ; épanchement séreux dans les ventricules ; substance cérébrale ramollie ; tubercules miliaires dans les poumons, et quelques-uns dans le côlon, ulcères.

Dans cette observation, on le voit, il s'agissait manifestement d'une méningite aiguë de nature tuberculeuse ; comme dans toutes les observations précédentes, cette grave maladie n'a pas déterminé le travail de l'accouchement, et enfin le fœtus a pu être extrait vivant à la période agonique de la maladie.

La troisième observation a fait le sujet d'une leçon clinique de M. le Prof. Budin, en 1887. Il a bien voulu nous remettre sur la malade les quelques notes suivantes encore inédites.

Le 8 décembre 1887 fut apportée dans le service d'accouchement de la Charité, une femme enceinte d'environ huit mois, avec le diagnostic : Éclampsie.

Cette femme avait une fièvre intense, la température axillaire s'élevant à 39°,7, le pouls battait 152 à la minute, il y avait du délire.

M. Budin porta le diagnostic de méningo-encéphalite.

Le lendemain. 9 décembre, la température axillaire s'élève à 41°. Le pouls est à 160. La respiration à 60. Délire. Agitation extrême qui nécessite l'emploi de la camisole de force.

L'enfant est vivant. On agita la question de l'accouchement prématuré, mais on y renonça en raison de l'agitation présentée par la malade.

Le 10 décembre dans la matinée la femme accouche spontanément d'un enfant vivant, bien constitué et pesant 2740 gr.

Il y eut une hémorrhagie d'environ 1600 gr. au moment de la délivrance, et quelques heures après la malade succombait.

L'enfant a continué à vivre et est sorti du service au bout de six jours en parfaite santé.

L'autopsie de la mère a permis de constater qu'il s'agissait bien d'une méningo-encéphalite aiguë, sans traces de tubercules.

Dans cette observation, contrairement à ce que nous avons

observé dans les précédentes, l'accouchement spontané a précédé la mort de la mère de quelques heures, ce qui peut en partie s'expliquer par l'élévation considérable de la température (41°), élévation qui n'est généralement pas la règle dans la méningite. Mais le fait intéressant est celui de la naissance d'un enfant vivant et en parfaite santé.

Enfin une quatrième observation encore inédite nous a été communiquée par notre ami M. le Dr Valentin, de Nantes. Elle a été recueillie à l'Hôtel-Dieu de Nantes, par M. Voyer, interne des hôpitaux.

La femme W...., âgée de 39 ans, exerçant la profession de ménagère, entre à l'Hôtel-Dieu de Nantes, le 16 juillet 1887.

L'état dans lequel nous avons trouvé la malade, ne nous a pas permis de relever avec détail ses antécédents. Nous avons su seulement par son mari, qu'elle avait eu cinq ans auparavant une première grossesse qui s'est parfaitement terminée ; l'enfant vit et est en bonne santé.

Au moment de son entrée à l'Hôtel-Dieu, cette femme est au neuvième mois de sa grossesse, qui jusqu'à ce moment n'avait présenté aucun accident.

Elle est entrée à la Maternité le 16 juillet, étant déjà malade depuis quelques jours.

Au moment de son entrée elle était fort abattue et avait en même temps du délire.

Elle avait été envoyée avec le diagnostic : Éclampsie. Elle avait eu, parait-il, quelques convulsions.

La température vaginale était de 40°,3.

Il y avait de la diarrhée.

En présence de ces symptômes le diagnostic de fièvre typhoïde fut porté, et la malade fut transférée le 18 juillet dans un service de médecine.

C'est là que nous la voyons pour la première fois à la visite du matin.

La malade n'est pas très abattue et n'a pas précisément le faciès typhique.

Elle se plaint d'un violent mal de tête, léger délire.

La langue est blanche, non fuligineuse. Pas de taches rosées lenticulaires. Albumine dans l'urine. Pas d'œdème.

L'auscultation des poumons ne révèle rien.

Souffle au 1er temps à la base du cœur.

Pouls plein et dur, ce qui détermine notre maître, M. le Dr Berneaudeaux, à pratiquer une saignée de 250 gr.

L'utérus a son développement normal du terme de la grossesse. L'auscultation permet d'entendre nettement les bruits du cœur du fœtus.

Température vaginale : matin, 39° ; soir, 40°,3 ; on ordonne une potion avec 4 gr. de bromure de potassium et 1 gr. de poudre de musc.

Le 19 juillet. L'état typhique paraît plus accentué. Cependant M. le Dr Berneaudeaux fait des réserves au sujet du diagnostic. Il nous dit en considérant la malade : c'est une scène cérébrale, mais il ajoute que rien cependant ne permet de diagnostiquer de lésion cérébrale.

Pas de convulsions. Délire calme. Malgré cet état grave, rien ne faisait prévoir un dénouement fatal.

Tout à coup, vers quatre heures du soir, elle tomba dans un coma profond, dont elle ne sortit pas, car on peut dire que l'agonie commença dès ce moment, et elle mourut deux heures après.

Pendant l'agonie le col de l'utérus s'était en partie dilaté. Au dernier moment on fit l'accouchement forcé.

Quelques incisions furent faites sur le col et permirent d'appliquer le forceps.

L'enfant naquit vivant et en bon état. Il fut placé à la crèche et mourut d'athrepsie le 2 septembre, c'est-à-dire à un mois et demi.

Autopsie. — L'autopsie a été faite trente-sept heures après la mort.

Aucune lésion intestinale.

Foie gras et augmenté de volume.

Reins congestionnés et volumineux, surtout le gauche qui pèse 230 gr.

L'utérus ouvert montre le placenta inséré sur la paroi postérieure, et les membranes non décollées.

Poumons et cœur sains.

Mais c'est dans le cerveau que se concentre tout l'intérêt de l'autopsie.

L'ouverture de la boîte crânienne nous a montré que la malade

était morte de *méningite*, sans cependant nous faire saisir les causes immédiates de cette méningite.

Nous constatons d'abord une congestion très intense de l'ensemble des méninges. En outre sous l'arachnoïde, sur l'hémisphère cérébral droit, au niveau de la moitié supérieure de la pariétale ascendante, et de la moitié postérieure de la première frontale, et sur l'hémisphère gauche au niveau des parties supérieures des pariétales et frontales ascendantes et sur la première frontale, nous apercevons des plaques de pus jaunâtre extrêmement concret.

Nous retrouvons ce pus, en nappe moins épaisse, sur toute l'étendue de la face inférieure du cervelet. Il ne s'étend pas sur le bulbe, ni dans le quatrième ventricule. Les ventricules latéraux contiennent un liquide séro-purulent, plutôt que du pus véritable.

Une particularité à noter, c'est que le pus forme des plaques bien circonscrites, nettement comprises entre la pie-mère et l'arachnoïde ; ces plaques purulentes peuvent être facilement enlevées en leur conservant leurs formes. Sous elles, comme sur les autres parties du cerveau, la pie-mère peut être facilement détachée de la substance cérébrale, qui ne paraît présenter nulle part le plus léger degré d'encéphalite. Cette substance cérébrale présente à la coupe sa coloration normale.

La base du cerveau est absolument indemne ; les nerfs crâniens qui en émanent ne présentent aucune lésion ; les scissures de Sylvius et le chevelu artériel qu'elles contiennent sont sains.

Rien du côté de la boîte crânienne.

Il n'a pas été fait d'examen de la moelle.

Ainsi donc : méningite aiguë bien nette, accouchement forcé in extremis, et naissance d'un enfant vivant.

En résumé, nous avons pu rassembler sept observations de méningite aiguë survenue pendant la grossesse.

Sur ces sept cas, nous voyons que six fois l'accouchement ne s'est pas fait spontanément, une seule fois il a eu lieu quelques heures avant la mort de la mère.

Toutes le fois qu'il n'y a pas eu de tentatives d'extraction, l'autopsie a démontré que le fœtus ne présentait aucune altération. Enfin toutes les fois qu'on a tenté d'extraire l'enfant, on a pu l'obtenir vivant.

Nous croyons donc devoir conclure : que toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'une femme arrivée après le septième mois de sa grossesse et qu'on aura pu établir le diagnostic de méningite, il y aura lieu de provoquer l'accouchement prématuré avant la mort de la mère, et qu'on aura ainsi de grandes chances d'avoir un enfant vivant.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES FAUX POLYPES DE L'UTÉRUS

Par Mme le Dr **Anna Klasson** (de Kiew).

I. — INTRODUCTION

Les tumeurs pédiculisées de l'utérus auxquelles on donne le nom de polypes sont divisées d'une façon généralement admise en polypes fibreux et muqueux, appartenant tous les deux à la catégorie des tumeurs bénignes, ne récidivant pas après l'ablation.

Les *polypes fibreux* qui ne sont autre chose que des fibro-myômes sous-muqueux pédiculisés sont formés par des fibres musculaires lisses et du tissu conjonctif, avec prédominance tantôt de l'un, tantôt de l'autre tissu.

Leur siège de prédilection est le corps de l'utérus. Cependant ils peuvent se rencontrer aussi sur le col, quoique beaucoup plus rarement : d'après Schrœder (1), sur 100 fibromyômes de l'utérus 8,1 seulement appartiennent au col.

Les *polypes muqueux* se forment aux dépens de la muqueuse de l'utérus. Leur point de départ se trouve, le plus souvent, dans les végétations ou granulations de l'endométrite fongueuse.

Leur siège de prédilection est le col. Cependant quelques gynécologistes, entre autres de Sinéty (2), admettent qu'il

(1) SCHRŒDER. *Mal. des org. gén. de la femme.* Trad. LAUWERENS et HERTOGHE, Bruxelles, 1886.

(2) DE SINÉTY. *Man. prat. de gynécol.* Paris, 1879.

s'en forme aussi sur le corps de l'utérus, où ils revêtent des caractères spéciaux. Schrœder, tout en n'admettant que les polypes muqueux du col, parle d'une troisième variété de polypes bénins qu'il appelle adénomes ; or, d'après Cornil et Ranvier (1), les polypes muqueux ne sont que des adénomes. En effet, quand on compare la description que donne Schrœder des adénomes, avec celle que fait de Sinéty des polypes muqueux du corps de l'utérus, on voit qu'elles concordent bien ensemble. Pour Schrœder (2) : « L'adénome peut affecter la forme de polypes, soit que les végétations nouvelles se détachent de la muqueuse sous forme de polypes, soit qu'il se forme des polypes longs, à surface lisse, digitiformes constitués par des glandes distendues dans le sens de leur longueur. Dans d'autres cas cependant le polype adénomateux est muni d'un pédicule ferme et fibreux. aux ramifications duquel se rattachent des glandes normales ou transformées en kystes ».

De Sinéty (3) décrit ainsi les polypes muqueux du corps de l'utérus : « On trouve au milieu d'un tissu conjonctif plus ou moins riche en éléments cellulaires, un amas de glandes hypertrophiées et de néoformations glandulaires revêtues d'un épithélium cylindrique, souvent à cils vibratiles ». Dans l'un et dans l'autre cas il s'agit de glandes hypertrophiées qui sont en effet la base de tout polype muqueux. Ainsi les polypes muqueux typiques du col sont constitués par des glandes hypertrophiées et transformées en petits kystes : on trouve leur type le plus simple dans les œufs de Naboth. Les polypes glandulaires, folliculaires, kystiques, vasculaires décrits par les auteurs, ne sont, d'après de Sinéty, que des polypes muqueux dans lesquels, ou bien les glandes sont plus ou moins nombreuses, dilatées, transformées en kystes, ou bien les vaisseaux ont un développement prépondérant.

(1) CORNIL et RANVIER. *Manuel d'hist. path.* Paris, 1884.

(2) SCHRŒDER. *Loc. cit.*, p. 291.

(3) DE SINÉTY. Art. *Utérus* du Dict. enc. d. sc. méd., v. 103.

Même l'hypertrophie folliculaire des lèvres du col décrite par Schrœder pourrait rentrer dans cètte catégorie, car la participation du parenchyme du col n'est pas nécessaire, et quand elle a lieu, elle n'arrive que tardivement, comme conséquence de l'irritation.

Mais outre ces vrais polypes, il y a toute une série de productions pathologiques qui peuvent se former dans l'utérus dans des conditions spéciales et donner lieu à tous les symptômes des polypes, sans cependant être de vraies tumeurs dans le sens que comporte la définition de ce mot. Leur structure est complètement différente de celle des vrais polypes : ils prennent naissance dans l'utérus puerpéral, aux dépens de débris du produit de conception après une délivrance incomplète, ou bien simplement aux dépens des caillots sanguins qui se déposent sur un endroit de la plaie utérine, après une délivrance complète. On comprend en effet que l'utérus dans l'état de gestation offre une vascularisation si énorme qu'il puisse servir merveilleusement bien à la greffe ou à la nutrition de productions qui autrement devraient être fatalement éliminées. Ces polypes obstétricaux sont ordinairement traités dans les livres d'obstétrique sous le chapitre : hémorrhagies dans les suites de couches. Mais ce qui leur donne un intérêt particulier, c'est qu'ils peuvent rester pendant un certain temps à l'état latent, pour ainsi dire, et ne donner l'éveil que longtemps après l'accouchement ou l'avortement. Leurs symptômes peuvent se manifester dans certains cas des semaines et des mois après que les couches se sont terminées d'une façon en apparence normale. C'est surtout ce qui a lieu fréquemment après l'avortement, comme cela résulte de nombreux cas cités dans la littérature et comme nous-même en rapporterons plus loin des exemples.

L'apparition tardive des symptômes peut masquer complètement la nature de ces faux polypes, c'est pourquoi ils devraient être pris en considération tout autant que les vrais, quand il s'agit de diagnostiquer la nature d'un polype utérin.

Supposons en effet qu'une femme se plaigne d'hémorrhagies et qu'on constate l'existence d'un polype de l'utérus. Or, cette femme a eu un avortement il y a quelque temps. Il faut donc résoudre la question : l'avortement a-t-il été causé par ce polype passé jusque-là inaperçu (Scanzoni) (1) cite un cas où un polype de la grandeur d'un œuf de pigeon provoqua sept avortements en 18 mois), ou bien est-ce l'avortement qui a donné lieu à la production d'un faux polype ? Évidemment, dans beaucoup de cas, il n'y aura que l'examen microscopique qui pourra décider.

La question de la consistance différente, sur laquelle on s'est appuyé pour le diagnostic différentiel de ces deux espèces de polypes ne peut pas donner des indications bien précises : quelle gradation n'y a-t-il pas, en effet, entre un polype fibreux ramolli, un polype muqueux glandulaire et enfin un polype muqueux kystique, pour ne pas trouver à placer également les faux polypes entre ces extrêmes ?

Le *siège* ne donne pas non plus de certitude : Quoique le point d'implantation des faux polypes soit ordinairement à l'endroit d'insertion du placenta, d'un côté, ce dernier peut être très variable ; d'un autre côté, nous voyons déjà Rokitansky (2) invoquer la possibilité des grossesses cervicales, où la caduque sérotine faiblement développée s'allonge peu à peu et permet enfin la descente de l'œuf jusque dans le col : un avortement dans ce cas pourrait donner lieu à un polype fibrineux sur un pédicule fixé au col.

L'*état du col* fournirait d'après Schrœder (3) un élément sûr de diagnostic, en ce sens que, au lieu de se fermer dans les premiers jours qui suivent l'accouchement ou l'avortement, il resterait ouvert et mou. Malheureusement ce n'est pas toujours le cas, comme nous le verrons dans le cours de ce travail.

Nous allons passer à la description de ces faux polypes.

(1) SCANZONI. *Lehrb. der Geburtsh. Wien*, 1855, p. 366.

(2) ROKITANSKY. *Zeitschr. d. Ges. d. Wien. Aerzte*, 1860, n° 33.

(3) SCHRŒDER, *Lehrb. d. Geburtsh.* 1874.

II. — POLYPES FIBRINEUX

Les polypes fibrineux se forment aux dépens de caillots sanguins se déposant, dans le cas le plus simple, sur les thrombus qui oblitèrent les sinus utérins après la délivrance. Après le décollement du placenta l'utérus se rétracte, les sinus utérins béants s'oblitèrent par thrombose. Une partie de ces sinus, d'après Friedländer (1) est déjà oblitérée dès le 8e mois, par la pénétration dans leur intérieur des cellules géantes de la caduque qui y provoquent la formation d'un thrombus ; celui-ci s'organise plus tard par la prolifération des tuniques conjonctives du vaisseau : c'est ce qu'il appelle la thrombose spontanée des sinus utérins.

Ces thrombus font saillie dans la cavité utérine, ce qui fait que l'endroit de l'insertion placentaire présente un aspect rugueux encore longtemps après l'accouchement : il peut être reconnaissable parfois encore au bout de quatre mois. Petit à petit les thrombus s'organisent, l'oblitération des vaisseaux devient définitive, la muqueuse se régénère ici comme ailleurs aux dépens des culs-de-sac glandulaires et le point d'insertion du placenta devient semblable au reste de la muqueuse.

Dans certains cas les thrombus formés sont un peu plus grands, plus saillants que d'ordinaire ; du sang coagulé se dépose dessus, se mêle avec eux ; le tout persiste, au lieu de se résorber ou d'être éliminé et forme un polype fibrineux.

Ces formations pourraient être en quelque sorte comparées aux soi-disant polypes du cœur qui ne sont autre chose que des masses thrombotiques. Il est vrai que la formation d'un thrombus dans une cavité épithéliale communiquant avec l'extérieur pourrait sembler à première vue un non sens ; mais d'un côté la cavité de l'utérus puerpéral avec tous ses sinus béants ressemble singulièrement à une lacune san-

---

(1) FRIEDLAENDER. *Arch. f. Gyn.* 1876.

guine ; et d'un autre côté nous avons vu que Bizzozero (1), a réussi à obtenir des thrombus sur des lames porte-objets, avec du sang dilué hors des vaisseaux de l'animal. Mais nous ne voulons pas entrer ici dans les détails de l'anatomie pathologique de la thrombose (2).

Schrœder admet que la paralysie du point placentaire, ce dernier ne participant pas aux contractions de l'utérus et faisant saillie dans sa cavité, peut jouer le rôle de cause prédisposante à la formation de ces polypes fibrineux.

D'autres fois ce sont des débris du chorion restés dans l'utérus qui servent de point de départ aux polypes fibrineux, en se recouvrant de couches stratifiées de sang coagulé, et alors on aura un polype fibrineux avec pédicule formé par les villosités du chorion.

Enfin le dépôt de sang coagulé peut se faire sur un lambeau de caduque resté dans l'utérus (Cohnstein) (3), (Charpentier) (4), ou autour d'un débris du placenta; dans ce dernier cas la différence entre un polype fibrineux et un polype placentaire ne sera qu'une question de degré : si le pédicule seul est formé par du tissu placentaire et la plus grande masse du polype par des couches de sang coagulé on aura affaire à un polype fibrineux ; si la plus grande masse du polype est formée de tissu placentaire recouvert superficiellement d'une couche de fibrine, on parlera d'un polype placentaire ; et si les deux tissus concouraient à peu près dans la même proportion à la formation de la tumeur, on pourrait parler d'un polype fibrino-placentaire.

Les polypes fibrineux peuvent présenter des degrés très différents de développement. Tantôt ils ne présentent que de légères saillies sur le fond de l'utérus : c'est probablement dans cette catégorie que doivent rentrer les végétations

---

(1) Bizzozero : *Di un nuovo elem. morf. del sangue.* Milano, 1883.

(2) Voir pour cela : Zahn. *Rev. méd. de la Suisse romande*, janvier 1881. Eberth et Schimmelbusch. *Die Thr. nach Vers. u. Leich. gesch.* 1888.

(3) Cohnstein. *Grundriss d. Geburtsh.* Berlin, 1885

(4) Charpentier. *Traité prat. d'accouchements.* Paris, 1883.

décrites par Slawiansky (1) dans la partie saillante de l'utérus correspondant à l'insertion du placenta trois mois après l'accouchement. Un détail caractéristique qui confirme cette opinion c'est que ces végétations étaient dépourvues d'épithélium. Cette variété a été étudiée surtout sur des cadavres.

Dans d'autres cas les polypes fibrineux se présentent sous la forme de corps plus gros, arrivant jusqu'à l'orifice interne, rarement externe du col. Enfin les cas les plus rares sont ceux où ils descendent jusque dans le vagin.

Ces polypes ont été étudiés par Velpeau (2), par Virchow (3) qui leur donné le nom d'hématomes polypeux libres de l'utérus, par Kiwisch (4), qui cependant ne les croyait pas nécessairement liés à des produits puerpéraux, par Scanzoni (5) qui les rattache définitivement à l'état puerpéral ; par Schrœder (6), Bidder (7), Säxinger (8), Kuhn, (9), Kulp (10), Frankel (11), Duncan (12), etc. De Sinéty (13) leur fait une place parmi les polypes de l'utérus (qu'il divise en fibreux, muqueux, papillaires et fibrineux), tout en disant qu'il n'est pas prouvé qu'ils présentent une organisation de nouveaux tissus. Il signale la possibilité de l'hémorrhagie ne venant que plusieurs semaines après l'accouchement ou l'avortement.

---

(1) Cité par Cornil et Ranvier, p. 699.
(2) Velpeau. *Tr. élém. de l'art, des accouch.* Paris, 1829.
(3) Virchow. *Die krankh. Geschw.* Berlin, 1863, vol. I, p. 146.
(4) Kiwisch. *Klin. Vortr.*, 4ᵉ édit., vol. I.
(5) Scanzoni. *Verh. d. Würzb. med.* Ges., 1852, II.
(6) Schrœder. *Ueber fibr. u. Plac. Pol. Scanzoni's Beitr.*, vol. VII.
(7) Bidder. *Petersb. med. Z.*, 1869, vol. XVII, cah. 4 et 5.
(8) Saexinger. *Prag. Vierteljahrsschr.*, 1868, v. XCVIII.
(9) Kuhn. *Wien. med. Woch.*, 1869, nᵒˢ 89 et 90.
(10) Kulp. *Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn.*, v. I, cah. 1.
(11) Frankel. *Arch. f. Gyn.*, v. II.
(12) Duncan. *Edinb. med. journ.* July 1871.
(13) De Sinéty. *Loc. cit.*

III. — POLYPES PLACENTAIRES

Ces polypes sont le résultat d'une délivrance incomplète, dans laquelle il reste des morceaux de placenta dans l'utérus.

Cet accident est fréquent dans les avortements, surtout après le troisième mois de la grossesse, car dans les premiers mois de la grossesse l'œuf sort ordinairement entier ; il s'explique par l'adhérence plus solide de la caduque et par conséquent du placenta, par la force de contractilité moindre de l'utérus, par la faible dilatation du col, par le petit volume de l'œuf, sur lequel les contractions utérines ont peu de prise. Sur un total de 54 cas d'avortement observés à l'hôpital de la Charité à Paris (1) on note 27 cas de rétention du placenta, dont 5 cas de rétention de débris de placenta avec les membranes ; dans deux de ces derniers on ne réussit pas à retrouver les débris de placenta dans les liquides d'injection, ni dans les lochies qui ne furent jamais fétides : l'observation n'a pas été assez prolongée pour nous convaincre qu'il ne s'est pas formé dans ces cas de faux polypes plus tard, chose qui pourrait peut-être expliquer beaucoup de cas de résorption placentaire cités dans les auteurs et dont l'interprétation présente tant de difficultés, comme l'a bien mis en évidence Hegar (2).

Dans le cas d'accouchement à terme des morceaux de placenta restent dans l'utérus surtout dans les cas où on est obligé d'avoir recours à la délivrance artificielle, la délivrance naturelle ne se faisant pas. La rétention placentaire est ordinairement due à l'inertie utérine, ou à l'enchatonnement, — plus rarement à des adhérences du placenta ; ces dernières sont ordinairement dues à l'endométrite qui a pour conséquence l'inflammation du placenta ; on observe alors des dépôts fibrineux ou calcaires sur la caduque ou sur la surface utérine du placenta qui est atteint d'épaississe-

(1) GENESTEIX. *Du tr. d. avort.* Thèse de Paris, 1886.

(2) HEGAR. *Die Path. u. Ther. d. Pl. Ret.* Berlin, 1862.

ment, d'hyperplasie, comme l'ont décrit Fromont (1), Hegar (2), Hüter (3), Cauwenberghe (4), Maier (5), etc. Schrœder ajoute que la dégénérescence graisseuse du placenta consécutive à l'inflammation amène de plus une friabilité plus grande du tissu placentaire et facilite sa déchirure et par conséquent la rétention de débris placentaires dans l'utérus. Langhans (6) explique l'influence de l'endométrite par la dégénérescence connective des cloisons interglandulaires de la caduque, à la suite de quoi la séparation dans la couche ampullaire a de la difficulté à se faire.

Parfois c'est la forme vicieuse du placenta qui favorise sa déchirure et la rétention des débris dans l'utérus : c'est le cas pour le placenta membraniforme (analogue à celui des pachydermes), le placenta en raquette, et surtout pour les placentas succenturiés — groupes de villosités développées isolement de la masse placentaire générale, où il n'est même pas toujours facile de se rendre compte de la rétention, le placenta principal paraissant intact.

La délivrance artificielle ne doit cependant pas toujours être incriminée dans la rétention de débris placentaires, puisque la délivrance naturelle en présente elle-même de nombreux cas : ainsi Stadtfeldt (7), a trouvé des restes de placenta dans l'utérus sur 10 0/0 des cadavres de femmes en couches qu'il a examinés et pourtant dans 60 0/0 de ces derniers cas la délivrance avait été naturelle.

Schrœder n'a pas noté plus de cas de rétention de débris placentaires après la délivrance faite par la méthode d'expression de Crédé qu'après la délivrance spontanée.

Les débris placentaires restés dans l'utérus peuvent dans

(1) FROMONT. *Mém. s. l. rét. d. plac.*, Bruges, 1857.

(2) HEGAR. *Loc. cit.*

(3) HUTER. *Die Mutterkuchenreste. Mon. f. Geb.*, 1857.

(4) CAUWENBERGHE. *S. l'an. phys. et path. du pl.* Gand, 1871.

(5) MAIER. *Mon. f. Geb.*, v. XXXII.

(6) LANGHANS. *Arch. f. Gyn.*, 1875 et *Arch. v. His. u.* Braune, 1877.

(7) STADTFELDT. *Schmidt's Jahrb.*, v. CXVIII.

certains cas, si leurs adhérences sont suffisantes pour empêcher leur putréfaction, continuer à végéter dans cet organe, en se recouvrant superficiellement de couches de sang coagulé ; d'autres fois le cotylédon placentaire resté dans l'utérus se vide du sang qu'il contenait, devient dur, prend la forme de la cavité utérine. Nous avons ainsi des polypes placentaires de grandeur variable, depuis de simples excroissances végétantes à peine étranglées à leur base, comme E. Martin (1) en représente trois exemples dans son atlas, jusqu'à de gros polypes de la grandeur d'un œuf de poule et plus, comme nous en verrons plus loin des exemples.

Des cas de polypes placentaires ont été signalés par Schrœder (2), Braun (3), Valenta (4), Frankenhäuser (5), Jago (6), Warner et Bachelder (7), Harley (8), Jacquet (9), Lowe (10), Walker (11), Maslowsky (12), Chazan (13), et beaucoup d'autres qu'il serait trop long d'énumérer.

Küstner (14) paraît bien convaincu de la fréquence de la formation de ces polypes placentaires, puisque c'est dans la crainte de voir s'en produire aux dépens de morceaux de placenta restés dans l'utérus après une délivrance incomplète, qu'il conseille une intervention active par le curage de l'utérus dans les cas de rétention de débris placentaires.

Mathews Duncan (15) cite dans ses cliniques deux observa-

(1) E. MARTIN. *Hand.-Atl. d. Gyn. u. Geb.*, Berlin, 1878.
(2) SCHRŒDER. *Scanzoni's Beitr.* v. VII.
(3) BRAUN. *Allg. Wien. med. Zeit.*, 1860, n° 47.
(4) VALENTA. Schmidt's Jahrb., v. CXLVI.
(5) FRANKENHAEUSER. Martin, Neig. u. Beug. d. Gebärm.
(6) JAGO. *Med. Times*, 18 Apr. 1868.
(7) WARNER et BACHELDER, *Bost. Gyn. Journ.*, v. I.
(8) HARLEY. *Phil. med. a. surg. Rep.*, 6 Febr. 1869.
(9) JACQUET. *Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn.*, v. I.
(10) LOWE. *Lond. Obst. Tr.*, v. XII.
(11) WALKER. *Lond. Obst.* Fr., v. XIII.
(12) MASLOWSKY. *Ann. de Gyn.*, 1880.
(13) CHAZAN. *Journ. d'obst. et d. mal. d. f.*, St-Pétersb., 1887, sept.
(14) KUESTNER. *Centralbl. f. Gyn.*, 1883.
(15) MATHEWS DUNCAN. *Clin. Lect. on the dis. of wom.* 1886.

tions remarquables par le long séjour du polype placentaire dans l'utérus. Il raconte qu'on apporta à son amphithéâtre une femme qui perdait constamment du sang depuis un avortement qu'elle avait eu sept mois auparavant. On voulut dilater le col, mais alors elle élimina un morceau de placenta, non fétide, gros comme la moitié d'un œuf. Les accidents cessèrent aussitôt.

Dans ce cas le détachement du polype s'était effectué spontanément au moment même où on allait intervenir. L'état du col, qui n'était pas dilaté, contrairement a ce qui a lieu dans la plupart des cas de polype placentaire, présente un exemple de la difficulté du diagnostic de la nature de ces polypes.

L'autre observation de Duncan, la voici : Une femme ayant eu déjà six enfants eut à la suite d'un avortement pendant huit mois des pertes considérables qui l'avaient mise en état de cachexie.

Tous les moyens avaient échoué pour arrêter ces hémorrhagies qui se renouvelaient sous le moindre prétexte. Finalement on l'éthérisa, on introduisit deux doigts dans l'utérus et on retira un morceau de placenta de deux pouces carrés. Quinze jours après tout était rentré dans l'ordre. Il ajoute que le placenta était vivant et rien ne pouvait faire prévoir sa séparation.

Ces cas, où l'hémorrhagie s'est déclarée immédiatement après l'avortement, sont beaucoup plus faciles au point de vue du diagnostic. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Il y a des cas, où le col se referme, tout rentre dans l'ordre, les suites de couches paraissent très normales et ce n'est qu'au bout d'un temps plus ou moins long qu'apparaissent les hémorrhagies. Ainsi Graefe (1), sous le titre significatif : « Zur lehre von den puerperalen Spätblutungen », cite trois cas de polypes placentaires après la délivrance faite par la méthode de Crédé. Dans deux cas il y eut après le septième jour des écoulements sanguinolents qui devinrent bientôt de

(1) GRAEFE. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, v. XII, cah. 2.

véritables hémorrhagies. Dans le troisième cas le puerpérium fut normal jusqu'au 21e jour, où apparut une forte hémorrhagie. L'auteur attribue les hémorrhagies précoces au défaut d'involution de l'utérus occasionné par la présence du polype et par conséquent au défaut de consolidation des thrombus qui se détachent sous l'influence de la moindre cause. En même temps l'utérus en se contractant produit un détachement partiel du polype et laisse ainsi des vaisseaux béants : cela ne se produit que dans les premiers temps des couches, car plus tard les contractions de l'utérus diminuent de force et l'union du polype avec l'utérus s'accentue de plus en plus. L'hémorrhagie tardive dans le troisième cas est expliquée ainsi : le polype était petit et ne présentait pas un obstacle aussi grand à l'involution que dans les deux premiers cas ; ce n'est que quand l'utérus fut diminué sensiblement de volume que le polype commença à exercer une action irritante sur la muqueuse, ce qui amena à sa suite l'hypertrophie de cette dernière et l'hémorrhagie, comme dans l'endométrite fongueuse.

Un cas d'hémorrhagie tardive encore plus remarquable est cité dans une observation du Prof. Auguste Reverdin (1). Ici, l'hémorrhagie ne s'est montrée que quatre mois après l'avortement, et dans l'intervalle, non seulement il n'y eut pas d'hémorrhagie, mais même les règles restèrent supprimées. Il s'agit d'une femme de 33 ans qui, après avoir eu 5 enfants bien portants, fait une fausse couche de 5 mois. Depuis ce temps elle souffre beaucoup de douleurs de reins, pesanteur dans le ventre, anémie, dyspepsie. Les règles sont supprimées, mais la malade a d'abondantes pertes blanches. Elle continue quand même à travailler pour gagner sa vie. Mais trois mois plus tard, étant à son travail, elle perd connaissance à la suite d'une hémorrhagie utérine et on la ramène chez elle. Elle se plaint de tranchées violentes et perd continuellement du sang. Au toucher le col est entr'ouvert ; dans son orifice se présente une tumeur molle, volumineuse, ana-

(1) WISART. *De l'interv. chir. d. l. rét. pl.* Thèse de Paris, 1888.

logue comme consistance à un placenta. Extraite avec les doigts, malgré quelques adhérences, assez fortes à la partie supérieure droite de l'utérus, cette tumeur se montre bien constituée par un placenta, lequel a subi un degré d'organisation assez avancé, puisque quatre mois après l'avortement il ne présente aucune trace de décomposition.

Une observation intéressante au point de vue du diagnostic après une délivrance en apparence complète est rapportée par le Prof. Hecker, de Munich, cité par le Dr Gautier (1) dans un récent travail, auquel nous empruntons l'observation, telle qu'elle y est relatée en abrégé.

« Secondipare de 33 ans ; accouchement à terme le 14 juillet 1863 ; enfant mâle pesant 2840 gr ; délivrance 1/4 d'heure après, *placenta normal*. Sécrétion lochiale peu abondante, non fétide. Forte hémorrhagie le 20 juillet ; le toucher utérin fait reconnaître la présence dans la matrice d'une masse mobile en forme de poire, à parois lisses. Extraction de cette masse au moyen des doigts recourbés en crochet, en la divisant en deux fragments. Cessation immédiate de l'hémorrhagie. La masse pèse 60 gr. et offre toute l'apparence d'une môle charnue ; elle a 9 cent. dans son plus long diamètre et 6 cent. dans l'autre ; l'épaisseur des parois est de 2 cent. Surface un peu inégale, mais lisse, comme revêtue d'une membrane caduque. A l'un des angles une déchirure, par où l'on pénètre dans une cavité de l'étendue d'une noix. Parois tapissées de filaments blanchâtres offrant, dans l'eau, des arborisations analogues à celle des villosités choriales ou placentaires. Aucune trace d'embryon. »

Le Dr Gautier met en doute qu'il s'agisse ici, comme l'admet Hecker, d'un polype placentaire, à cause de son organisation si rapide, en cinq jours, avec membrane d'enveloppe, arborisations vasculaires. Cependant nous croyons bien qu'on ait eu affaire avec un polype placentaire, développé aux dépens d'un placenta succenturié qui se serait replié sur

---

(1) GAUTIER. *Deux obs. d'œuf second.* Rev. méd. de la Suisse rom., n° 8, 1888.

lui-même. Cela nous explique la membrane d'enveloppe qui n'était autre chose que la caduque, comme le fait remarquer l'auteur même.

Selon nous, il faut également ranger parmi les polypes placentaires les cas mentionnés par les auteurs sous le nom de *rétention prolongée* du placenta sans fétidité des lochies. En effet, après l'expulsion du fœtus, la circulation dans le placenta s'arrête ; il devient donc pour l'utérus un corps étranger qui doit être expulsé ou bien se putréfier. Si aucune de ces deux alternatives n'a lieu et que le placenta continue à rester en connexion vasculaire avec l'utérus, cela veut dire qu'il s'y est greffé, ou qu'il avait déjà auparavant des adhérences anormales, ce qui pour nous revient au même, qu'il joue à l'égard de l'utérus le rôle d'une tumeur avec toutes ses conséquences habituelles : hémorrhagies, gêne mécanique, trouble fonctionnel. C'est à cela que doivent se rapporter les faits cités par Baudelocque (1) de rétention du placenta pendant plusieurs mois, ceux rapportés par Charpentier (2) : Schöller, rétention du placenta pendant 11 semaines ; Metz, 2 mois 1/2 ; Prost, 103 jours ; Plasse, 15 semaines ; Reichmann, 13 semaines.

La limite entre la simple rétention placentaire et le polype placentaire est très difficile à tracer : il s'agit, selon nous, d'une question de temps : si le placenta reste dans l'utérus sans se putréfier, pendant un temps plus long que celui qui serait nécessaire à l'apparition d'un écoulement fétide dans le cas où le placenta n'aurait aucune adhérence anormale à l'utérus, — cela veut dire que ces adhérences existent, que le placenta fait corps avec l'utérus, qu'il y puise sa nutrition et qu'il peut, par conséquent, être considéré comme une tumeur, dont il provoque tous les symptômes cliniques. Il en diffère au point de vue de sa genèse, mais c'est une propriété qui lui est commune avec les autres faux polypes et sur laquelle nous avons déjà insisté.

---

(1) BAUDELOCQUE. *Traité d'accouchem.*, Paris, 1807.

(2) CHARPENTIER. *Loc. cit.*

Il est vrai que le nom de polype qui implique l'idée d'un pédicule ne leur conviendra pas dans tous les cas, car ils n'en auront pas un nécessairement. Mais il s'agit ici moins de la forme que d'un ensemble de symptômes cliniques provoqués par une formation dépendant du placenta ou de ses débris, et on peut conserver le nom de polype placentaire, comme on conserve, par exemple, en clinique, celui de cancer — pour des tumeurs malignes, même n'étant pas de nature carcinomateuse.

IV. — FORMATIONS DÉPENDANT DE LA CADUQUE ET DU CHORION

Les deux catégories précédentes de faux polypes que nous venons de décrire étaient connues depuis longtemps et il y en a de nombreux exemples dans la littérature.

Mais il peut y avoir après l'accouchement, plus souvent après l'avortement, des accidents causés par l'organisation de restes des membranes dans l'utérus.

Dans certains cas, après l'accouchement, la caduque reste adhérente à l'utérus en totalité ou en partie. Virchow (1) croit que dans ces cas la séparation de la caduque s'est effectuée suivant le plan de soudure des deux caduques vraie et réfléchie. Léopold (2) a étudié avec soin l'épaisseur variable de la caduque suivant les sujets, et, sur le même sujet, suivant les différents points du délivre : il l'explique par une extension plus ou moins grande des glandes dans la couche celluleuse.

Küstner (3) admet que généralement la séparation de la caduque se fait dans la couche ampullaire, comme l'a décrit également le Prof. Langhans (4), mais parfois, 7 fois sur

(1) VIRCHOW. *Ueb. d. Bild. d. Dec. Froriep's u. Schleiden's Notizen.*

(2) LÉOPOLD. *Arch. f. Gyn.* v. XI et XII, 1877.

(3) KUESTNER. *Arch. f. Gyn.* 1876.

(4) LANGHANS. *Arch. f. Gyn.* 1875.

52 cas, il a trouvé des pertes de subtance sur la caduque, limitées, par un bord net, taillé à pic, où la séparation s'était faite dans l'épaisseur de la couche compacte ; dans un cas cela eut lieu sur toute la surface de l'œuf. Delore (1) cite des cas, où toute la caduque a été retenue dans l'utérus après l'expulsion du placenta avec le chorion et l'amnios ; pour lui, la caduque chez certaines femmes ne mérite plus ce nom et persiste après la grossesse.

Parfois il y a une adhérence particulière au pourtour du sinus circulaire du placenta et alors il peut se faire une déchirure des membranes tout autour du placenta, expulsion de ce dernier et rétention de toutes les membranes (2).

La cause de la rétention est, d'après Hegar (3), l'endométrite ; Benicke et Kaltenbach (4) se rangent aussi à cette opinion. Schrœder cite un cas, où un gros morceau de caduque était resté dans l'utérus après une délivrance par expression et avait causé des hémorrhagies qui ne cessèrent qu'après son ablation.

Les cas de rétention complète ou partielle de la caduque sont encore plus fréquents dans les avortements, parce que au commencement de la grossesse la caduque est plus adhérente à l'utérus, ou plutôt parce que le relâchement dans la couche ampullaire ne se fait que vers la fin de la grossesse. Delore (5) a pu se convaincre *de visu* de cette adhérence plus grande de la caduque avant la fin normale de la gestation ; dans deux cas d'opération césarienne *post mortem* avant terme il n'a pu détacher la caduque que par lambeaux.

Nous trouvons cinq cas de rétention complète de la caduque sur les 54 observations d'avortements cités dans la thèse

---

(1) DELORE. Art. *Oeuf.* Dict. enc. d. sc. méd.

(2) FRITSCH. *Path. et trait. d. aff. puerper. de la femme.*

(3) HEGAR. *Loc. cit.*

(4) Cités par COHNSTEIN. *Loc. cit.*

(5) DELORE. *Loc. cit.*

de Genesteix (1): dans trois cas il s'agissait d'avortements au quatrième mois, dans les deux autres au cinquième et sixième.

Ces lambeaux de caduque peuvent donner lieu à un écoulement fétide dans certains cas et s'éliminer par débris avec les lochies. Dans d'autres cas ils pourraient peut-être conserver assez de vitalité pour être réincorporés à la muqueuse. Dans des cas exceptionnels il peut, d'après Küstner, se former des tumeurs muqueuses qu'il appelle déciduomes, aux dépens de lambeaux de caduque ayant conservé une vitalité suffisante.

Quand toute la caduque a été retenue dans l'utérus après un avortement des premiers temps de la grossesse, il peut se présenter un cas plus rare. D'après Jacquemier (2), dans les premières semaines, dans le premier mois, l'œuf est parfois expulsé entier, revêtu seulement de la caduque réfléchie; mais la caduque vraie continue à se développer comme si la grossesse continuait et est enfin expulsée entière ou en lambeaux, avec un écoulement sanguin variable et des douleurs pendant quelques jours. Jacquemier donne à ce processus le nom d'exfoliation de la caduque. Ce nom convient surtout aux cas, où l'expulsion de la caduque se fait par lambeaux. Mais les cas les plus intéressants sont ceux où cette caduque est expulsée en bloc, la description de cas semblables a été donnée avec beaucoup de détails par Ch. Robin (3). qui cite des cas, où l'expulsion de la caduque entière s'est faite quelques mois, un an et même deux ans après l'avortement. Il donne la description suivante de la masse expulsée : « elle a la forme de la cavité utérine, présente une longueur de 5-10 cent. suivant les cas. Par la dissection on peut reconnaître la face interne ou libre de la muqueuse, limi-

(1) GENESTEIX. *Loc. cit.*

(2) JACQUEMIER. Art. *Avortement.* Dict. enc. d. sc. méd.

(3) BOUSSI et CH. ROBIN. *Bull. de la Soc. anat.*, 1888, et Ch. ROBIN. *Dict enc. d. sc. méd.* Art. *Œuf.*

tant autrefois la cavité utérine, oblitérée par le contact réciproque et la pression. La face externe qui était jadis adhérente à la couche musculaire de l'utérus, est tantôt irrégulière, comme déchirée, tantôt lisse quand la muqueuse nouvelle s'est déjà reformée et a repoussé la précédente ».

Robin range ces formations parmi les môles de provenance maternelle et ce nom nous paraît en effet bien leur convenir. Le mot de môle a de premier abord quelque chose qui répugne, par le fait qu'il a été attribué à tort et à travers à tant de productions pathologiques diverses. Mais on peut très bien s'en servir dans le sens que leur donne Robin : « produits procédant d'une grossesse plus ou moins avancée, les uns appartenant à l'œuf, à ses membranes, les autres à la mère, à sa muqueuse utérine devenue caduque.

Courty (1) décrit en outre des cas, où la caduque restée adhérente au pourtour du col se retourne en doigt de gant : « l'œuf sort entier (il s'agit toujours d'un avortement du premier mois ou des premiers mois), mais la muqueuse utérine restant adhérente au col pendant sa dilatation, il peut arriver que l'œuf détaché dans tous les autres points, soit poussé par les contractions et par le sang accumulé derrière lui et alors il est expulsé le premier, entraînant le fond de la muqueuse qui se renverse et représente un premier œuf, surmonté d'une seconde cavité remplie de caillots sanguins ». C'est un mécanisme analogue à celui qui se présente dans la délivrance après l'accouchement, dans le cas d'adhérence du chorion à la partie inférieure de l'utérus, décrit par Spiegelberg (2) : le placenta se présente dans le vagin par sa face fœtale, pendant que le chorion renversé en doigt de gant présente une poche flasque, remplie de sang, proéminant en dehors du col et dont la partie la plus profonde est formée par le placenta ; seulement ici il s'agit du chorion au lieu de la caduque.

---

(1) Courty. Cité par Charpentier.

(2) Spiegelberg. *Lehrb. de Geb.* 1878.

Un cas très intéressant d'expulsion en bloc de la caduque est celui qui se présente dans la grossesse extra-utérine. La muqueuse utérine, par une influence dite « sympathique », subit les modifications caractéristiques de la grossesse, devient une véritable caduque et est expulsée à une époque variable de la gestation, en totalité ou par parties. Cette expulsion d'une caduque qui est ordinairement prise pour un avortement (cinq fois sur six cas observés par Pinard) (1) a même été considérée comme un signe pouvant aider le diagnostic de grossesse extra-utérine. Pour démontrer qu'on a affaire à une caduque, on a donné des caractères histologiques particuliers : Wyder (2) s'est appuyé surtout sur la présence constante de cellules dites cellules propres de la caduque ; mais Ruge (3) a retrouvé ces cellules dans des cas d'endométrite et de myômes, et Moericke (4) en a trouvé également dans la muqueuse utérine d'une femme non enceinte. Langhans (5) a donné une description histologique détaillée de la muqueuse utérine dans un cas de grossesse tubaire : il l'a trouvée analogue à la caduque de la 14e semaine de la grossesse normale

Il arrive parfois qu'avec la caduque il reste aussi des lambeaux de *chorion* dans l'utérus. Cela a lieu quand le chorion présente une adhérence anormale à la caduque et celle-ci à l'utérus ; il se fait alors une séparation entre le chorion et l'amnios pendant la descente de l'œuf, séparation que Rœmer (6) explique par une différence d'élasticité entre les membranes : le chorion étant une membrane moins élastique, se déchire à sa partie inférieure sous l'influence des contractions utérines et se rétracte en haut autour de l'œuf, tandis que l'amnios qui s'en est séparé, fait saillie dans

(1) Pinard. Art. *Grossesse extra-utér.* Dict. enc. d. sc. méd.
(2) Wyder. *Arch. f. Gyn.* XIII, 1.
(3) Ruge. Cité par Pinard.
(4) Moericke. *Zeitschr. f. Geburtsh.*, VII.
(5) Langhans et Conrad. *Arch. f. Gyn.*, IX, 3.
(6) Rœmer. *Arch. f. Gyn.*, XXVIII, 1886.

le col. La séparation des membranes se fait donc pendant la période de rupture de la poche des eaux. Rœmer arrive ainsi à la conclusion, que plus la rupture de la poche des eaux est retardée, plus souvent il y a rétention du chorion, car les membranes arrivent dans ce cas à se séparer sur une plus grande étendue.

D'après A. Fischer (1) les primipares présentent deux fois plus souvent que les multipares la rétention de débris du chorion : 9,0/0 sur 4,9 0/0. Il explique ce fait par les troubles de la contractilité utérine plus fréquents chez les primipares. Il voit encore une cause de rétention des membranes dans leurs propriétés anormales : ainsi, dans 2/3 des cas de rétention du chorion, on put constater une modification pathologique des membranes qui avait amené, tantôt une rupture prématurée, tantôt une rupture tardive de la poche des eaux. Fischer (1) a rencontré la rétention partielle du chorion dans 5,7 0/0 des accouchements à terme et dans 8,2 0/0 des accouchements avant terme.

H. Fehling (2) attribue la rétention des membranes, à part l'application intempestive et brutale de la méthode de Crédé, à l'adhérence anormale des membranes aux parois de l'utérus, à la mobilité (Verschieblichkeit) trop petite de la caduque dans la couche ampullaire et surtout au placenta marginata qui a été retrouvé dans 18,2 0/0 de tous les cas, plus fréquemment chez les primipares : 59,7 0/0.

Pour le Prof. Lazarewitch (3) de St-Pétersbourg, les causes de la rétention simultanée de la caduque et du chorion, peuvent se résumer ainsi : 1) développement exagéré par places des villosités du chorion laeve ; 2) épanchements de sang dans la caduque et soudures fibrineuses ; 3) adhérence à la suite d'endométrite ou de choriite.

Nous avons déjà vu comment les débris du chorion et de

---

(1) A Fischer. *Wratch*, 1886, v. VII, nº 35.

(2) Fehling. *Volkmann's Samml. klin. Vortr.*, nº 308, 1888.

(3) Lazarewitch *Journ. d'obst. et mal. des femmes.* Pétersb., nº 1, 1888.

la caduque pouvaient devenir le point de départ de la formation de polypes fibrineux et donner lieu à des hémorrhagies post-puerpérales, même si les premiers temps des couches ont été normaux. Nous ne saurions donc nous ranger du côté de l'opinion exprimée dernièrement par Fischer (1) Cohn (2), etc. qui considèrent la rétention des membranes comme un accident absolument bénin.

Dans un travail de Chazan (3), reposant sur 42 observations recueillies à l'Institut royal d'obstétrique et de gynécologie de Dresde, nous trouvons quatre cas d'hémorrhagies après l'avortement, causées par des masses molles, adhérentes à l'utérus, contenant des restes de chorion, reconnus au microscope après ablation ; l'hémorrhagie avait duré 5 mois après un avortement de 4 mois, 3 mois après un avortement de 2 mois, 5 semaines et 8 jours après deux avortements de 5 semaines.

De toutes les membranes, celle qui est retenue le moins fréquemment, c'est l'*amnios*. Le Prof. Lazarewitch lui accorde une gravité spéciale dans la rétention des membranes, en ce sens que, étant d'une nature plus difficile à résorber que les autres membranes, il provoquerait bien plus souvent des processus septiques. Mais cela sort de notre sujet et il n'est pas à notre connaissance que la rétention de l'amnios ou de ses parties ait jamais servi à la formation de productions polypeuses pouvant entretenir des hémorrhagies.

---

(1) FISCHER. *Loc. cit.*

(2) COHN. *Zeitschs. f. Geb. u. Gyn.*, v. XII, 13, 1886.

(3) CHAZAN. *Journ. d'obst. et mal. des femmes*, 1887, nº 9.

(A suivre.)

REVUE CLINIQUE

HÉMORRHAGIES SECONDAIRES GRAVES, PAR SUITE DE DÉLIVRANCE INCOMPLÈTE, APRÈS UN ACCOUCHEMENT A TERME

Par le Dr **R. Labusquière.**

Le mercredi, 7 novembre, vers sept heures du soir le sieu Oudot, employé à la prison militaire du Cherche-Midi, vient me prier de porter immédiatement secours à sa femme qui, depuis 5 heures de l'après-midi, est sous le coup d'une hémorrhagie utérine intense. J'apprends, en outre, que cette femme est accouchée, environ 15 jours auparavant. En conséquence, indépendamment de la seringue à injections hypodermiques, de la solution d'ergotine d'Yvon, j'emporte les bourdonnets nécessaires pour la confection d'un tampon, bourdonnets toujours préparés d'avance , et qui macèrent dans une solution phéniquée, à 2,5 0/0.

Dès mon arrivée, je me rends compte qu'il faut agir vite et énergiquement. La femme, en effet, a tout l'aspect de celles qui viennent de subir une hémorrhagie *post partum* considérable : pâleur extrême, petitesse et fréquence du pouls, lipothymies répétées, respiration saccadée, par instants de grands efforts inspiratoires comme si l'air manquait.

Immédiatement et successivement, je fais une injection d'ergotine et une injection d'éther. Puis je pratique, à travers la paroi abdominale, la compression de l'aorte, tandis que je fais tout préparer pour administrer une injection vaginale, intra-utérine si possible, d'eau *très chaude*.

Tout étant prêt, je donne l'injection pour laquelle j'emploie plus de deux litres de liquide, *très chaud*. La perte diminue, mais ne s'arrête pas. La tendance aux syncopes est de plus en plus marquée, et j'ai la conviction que si je ne réussis pas à maîtriser, très rapidement, l'hémorrhagie, la femme *va passer*.

Inutile de dire que draps, matelas, sont traversés, et qu'on a déjà mis sous mes yeux 5 à 6 torchons absolument trempés de sang.

Dès ce moment, *j'ai idée qu'il s'agit d'hémorrhagies secondaires associées à la rétention de portions du délivre.*

Je prépare, et non sans quelque appréhension, tout pour le tamponnement, tandis que je confie à une personne le soin de continuer la compression de l'aorte.

L'intervention me préoccupe, parce que j'ai présent à l'esprit le conseil souvent donné par le Prof. Pajot dans ses leçons cliniques : « *Surtout, gardez-vous de remuer les femmes qui viennent de subir de grandes pertes de sang* », conseil d'autant moins oublié, qu'à la clinique, j'avais vu mourir une femme, qui venait d'avoir une hémorrhagie grave par insertion vicieuse du placenta, au moment même où nous la mîmes dans la position obstétricale, et précisément pour la tamponner. *Elle eut quelques grands mouvements convulsifs, et succomba.*

Aussi, dans le cas actuel, recommandai-je vivement à la femme, qui ne m'entendait guère d'ailleurs, de ne pas se laisser aller à tenter le plus petit effort. Puis, aidé du mari et d'une autre personne, auxiliaires à qui j'indique rapidement comment ils doivent s'y prendre pour éviter toute secousse à la malade, nous mettons celle-ci dans la position obstétricale classique, ce qui cependant ne s'effectue pas sans qu'elle perde de nouveau connaissance. Je fais, avant toute autre chose, une nouvelle injectiou d'éther, et une personne est chargée de donner de temps en temps à la malade une cuillerée à café d'un mélange très fort d'eau et d'eau-de-vie.

Après avoir déblayé soigneusement le col, qui a toute sa longueur, et dans lequel la sonde dont je me sers n'entre qu'à peine, et le vagin, des caillots à portée, je procède à l'application du tampon que, malgré l'urgence qu'il y a à terminer promptement, je tâche de faire aussi solide, aussi efficace que possible (bourdonnets de ouate, avec interposition de morceaux d'amadou ayant aussi macéré dans la solution phéniquée, toutes ces pièces du tampon *soigneusement exprimées* avant d'être appliquées, etc.).

La femme est ensuite replacée dans son lit, avec les mêmes précautions que précédemment. Prescription : potion stimulante, grog, bouillon par petites cuillerées.

Jeudi, 8 novembre. — Le lendemain matin, je constate d'abord que le tampon a bien rempli son office, que l'hémorrhagie, au dehors au moins, a été arrêtée. Quand à la matrice, son fond est à 2 travers de doigt de l'ombilic, distendue qu'elle est assurément

par le sang retenu en arrière du tampon. Dans la nuit, la femme a eu plusieurs défaillances, on n'a cessé de lui faire respirer de l'éther, du vinaigre, de lui donner du grog, etc. La faiblesse est extrême, la décoloration du tégument, des muqueuses (gingivale, palpébrale) est absolue; il y a eu et il y a encore des éblouissements, des tintements d'oreille, etc. T. 36°,7. P. 135.

Malgré la faiblesse, malgré les precautions antiseptiques rigoureusement observées, et en dépit de toute fétidité au moment de mon intervention, il me paraît imprudent de laisser le même tampon plus longtemps en place. Je le remplace avec toutes les précautions prises la veille : injection préalable et abondante d'un mélange, *très chaud*, à parties égales d'eau et de liqueur de Van Swieten. La sonde dont je me sers cette fois, pénètre plus profondément dans le col. Tamponnement.

Inutile de dire que l'intervention a été bien fatigante pour la malade, et s'est accompagnée des mêmes accidents syncopaux, combattus par les mêmes moyens stimulants.

Avant mon départ, je prépare toutes les pièces pour un nouveau tampon, pièces qui trempent en permanence dans la solution phéniquée. Dès ce moment, d'ailleurs, mes aides improvisés et pleins de sollicitude pour la malade, me préparent à l'avance les pièces nécessaires.

Soir : T. 37°,3. P. 131.

Renouvellement du tampon. Celui que j'enlève, dégage une fétidité marquée, ce qui me crée un nouveau sujet de préoccupation.

Vendredi, 9 novembre. — Matin : 37°,8. P. 128.

L'état général reste à peu près le même. Le fond de la matrice est au même niveau. La femme dit qu'elle a eu, comme d'ailleurs dans la nuit précédente, des douleurs assez fortes dans les reins.

Le tampon a bien tenu. L'ouate, qui est le plus à l'extérieur, est à peine teintée. Seuls, les bourdonnets les plus rapprochés du col, sont imbibés de sang; en arrière d'eux, de nombreux caillots. Le sang ne coule plus. La fétidité est vraiment insupportable, surtout pour la malade. Il faut répandre, sur le lit, de l'eau de Cologne en quantité.

Irrigation *sans jet*, *très chaude*, de liqueur de Van Swieten dédoublée. *Injection sous-cutanée d'ergotine Yvon*.

Comme la femme n'a pas eu de selles depuis 5 jours, qu'il ne s'écoule plus de sang, qu'elle accuse quelques coliques comme pour

aller à la garde-robe, je pense que je puis, sans danger, surseoir à l'application d'un nouveau tampon, et je prescris un lavement huileux, en recommandant d'éviter toute fatigue, tout effort à la malade, et *surtout de venir me chercher, à la minute, à la moindre réapparition du sang.*

A 3 heures, on vient me chercher en toute hâte, parce que le sang recommence à couler. Je trouve la femme dans le même état ou peu s'en faut, que lors de ma première visite. Heureusement que, cette fois, tout est prêt, que je dispose vraiment d'un personnel presque dressé, — aussi l'application d'un nouveau tampon est-elle réalisée rapidement.

Cependant, comme la situation me paraît s'aggraver de plus en plus, que je n'entrevois pas d'intervention plus efficace en raison de la faiblesse extrême de la femme, de l'intérêt majeur qu'il y a à lui éviter toute nouvelle perte de sang, que, de plus, aux dangers imminents créés par la seule hémorrhagie, je crains de voir se surajouter ceux de la septicémie, je demande, désir déjà exprimé dès le début, mais non réalisé à ce moment, qu'on m'adjoigne un confrère. On me propose, à ma vive satisfaction, un médecin dont la grande expérience, le savoir, le jugement m'ont été déjà, en maintes circonstances, d'un grand secours, M. le Dr Robinet, qui jouit dans notre quartier d'une grande notoriété, laquelle à mon avis, reste encore bien au-dessous de ses mérites. Que mon excellent confrère M. le Dr Robinet me pardonne d'avoir profité de l'occasion pour exprimer ici l'estime et la sympathie que son savoir et son dévouement aux malades m'ont inspirés.

Soir : T. 38°,3. P. 127. Injection d'ergotine.

Samedi, 10 novembre. — Consultation avec M. Robinet.

Matin : Le Dr Robinet constate les dangers extrêmes de la situation ; il m'a résumé, en nous en allant, son impression de la manière suivante : « Si elle se tire de là, vous l'aurez ramenée du fond de la rivière, car elle a perdu tout ce qu'il est permis de perdre de sang. *Pourtant, l'œil est bon,* et s'il ne survient pas d'autre complication, je crois que vous réussirez ».

Il m'aide à renouveler le tampon, qui dégage toujours la même horrible fétidité. Injection intra-utérine de liqueur de Van Swieten pure, irrigation du vagin et nouveau tamponnement.

Injection d'ergotine.

Potion tonique :

Extrait de quinquina...............	6 gr.
Teinture de cannelle...............	12 gr.
Ether..............................	1 gr.
Potion gommeuse....................	120 gr.

Grog, bouillons, jus de viande.

Soir : T. 38°,7. P. 124.

La femme a, dans la journée, souffert assez fort dans les reins, comme pour accoucher. J'enlève le tampon, dont les pièces dégagent la même odeur de putréfaction, je déblaie soigneusement le vagin et le col des caillots à l'aide de l'irrigation habituelle, après quoi je relève les particularités suivantes :

a) *Le fond de l'utérus n'est plus aussi haut dans l'abdomen.*

b) *Le col est raccourci.*

c) *L'orifice externe, largement ouvert.*

d) *Il y a dans le col, une masse du volume d'une grosse noix,* qui ne me donne plus la même sensation que me donnaient les caillots, et que je me garde bien d'extraire, n'ayant pu la suivre jusqu'à son point d'implantation. Cette condition nouvelle me donne un grand espoir, et je m'empresse de faire part de mon contentement à la malade, qui me paraît puiser dans cette confidence quelque courage. Car cette femme a 4 enfants et les premières paroles qu'elle m'a adressées ont été celles-ci : « *Oh ! monsieur, mes enfants ont grand besoin de moi ; faites, je vous prie, tout ce que vous pourrez pour que je ne leur manque pas* ».

Je fis immédiatement part à M. Robinet de la condition nouvelle qui s'était produite. Retenu auprès de ses malades, M. Robinet me manda la réponse suivante : « *Ne touchez pas à cette masse, laissez-la s'engager ; continuez le tamponnement et les injections d'ergotine* ».

Je fais de nouveau le tamponnement et une injection d'ergotine.

Dimanche, 11 novembre. T. 39°,1. P. 125.

La femme a encore ressenti de vives douleurs dans les reins. *Je ne trouve plus la matrice, par le palper abdominal, qu'à un travers de doigt à peine au-dessus de la symphyse.* J'enlève le tampon, je fais l'injection habituelle, qui entraîne beaucoup de caillots, et je trouve alors appendue au-dessous du col, entière-

ment dans le vagin, mais retenue par un pédicule filiforme que je suis jusque dans la matrice, la petite masse qui avait été engagée dans le col, je l'enlève, et je reconnais qu'il s'agit manifestement *d'une portion du placenta.* Cette masse sent horriblement mauvais.

Injection intra-utérine qui ramène de nombreux débris, injection d'ergotine et même prescription tonique.

Soir : T. 39°,3. P. 128.

La *fétidité des sécrétions est encore très accusée,* mais on perçoit difficilement la matrice au-dessus de la symphyse.

Injection intra-utérine. En présence de la fétidité, je me pose la question si, d'ici quelques jours *il ne sera pas indiqué de procéder au curage de l'utérus.*

Prescription. 2 cachets de sulfate de quinine par jour, 0,30 cent. par cachet.

Lundi. Je revois la malade avec M. Robinet, à qui je montre la masse placentaire expulsée, et qui constate également la rétraction si remarquable de la matrice. Il m'aide à donner l'injection ordinaire.

Même prescription : potion tonique, jus de viande, etc.

La malade accuse toujours une grande faiblesse : Elle a eu encore des bourdonnements d'oreille, des défaillances. Cependant, elle a un peu reposé.

M. T. 38°,7. P. 110.

S. T. 38°,9. P. 115. Fétidité moindre; *injection intra-utérine,* potion tonique. 2 cachets de quinine.

Mardi 13. La nuit a été bonne. La malade a reposé. Elle a eu bien moins de bourdonnements d'oreille, d'éblouissements, elle se sent un peu plus forte. La fétidité diminue de plus en plus.

Matin : T. 37°,8. P. 102.

Soir : 38°,3. P. 105.

Mercredi 14. La fétidité a presque disparu.

Matin : T. 37°,9. P. 102.

Soir : T. 37°,5. P. 104. Injection intra-utérine.

Jeudi 15. Nuit bonne.

Matin : T. 37°,4. P. 96.

Soir : T. 37°,3. P. 97.

Vendredi. Matin : T. 37. P. 88.

Soir ; 37,1. P. 90.

Samedi. Matin : T. 37. Soir : T, 37.

Cessation des injections. — Continuation de la potion tonique, — et, chaque jour, un cachet de 0,30 centigr. de sulfate de quinine, plutôt comme névrosthénique que comme antithermique.

A partir de ce moment, je n'ai d'autre préoccupation que de faire refaire à la malade le sang qu'elle a perdu.

Voici, maintenant, à son sujet, quelques renseignements complémentaires qu'elle m'a donnés quinze jours environ après ma première visite, alors que déjà elle commençait à pouvoir rester, sans trop de fatigue, quelque temps assise dans son lit.

Elle est âgée de 28 ans, et a eu 4 accouchements, les 3 premiers absolument normaux. Le dernier, qui est celui relatif à cette observation, a eu lieu le dimanche 21 octobre. L'enfant était déjà sorti, depuis 10 minutes, quand la sage-femme, chargée de l'accouchement, arriva. Le cordon coupé, elle procéda à la toilette de l'enfant. Puis, elle s'occupa de la délivrance. Le délivre extrait, elle dit qu'elle devait introduire la main pour retirer des caillots, et exécuta cette manœuvre. Touchant le placenta, le mari de la malade me dit que l'atteution de la sage-femme fut attirée par l'existence d'un creux dans le délivre, creux dans lequel, ajoute-t-il, aurait tenu la petite masse, expulsée plus tard.

Toutefois, la sage-femme leur assura que le délivre était entier, et cette assertion, elle me la réitera formellement, un jour qu'elle vint au moment même où je faisais le tamponnement.

Pour tout concilier, on pourrait admettre l'hypothèse d'un cotylédon supplémentaire (?).

La femme s'est levée, pour la 1re fois, le dimanche 28 octobre, ne perdant, dit-elle, presque plus. Le samedi suivant, 3 novembre vers 7 heures du soir, comme elle était assise devant son fourneau, elle fut prise, brusquement et sans douleur, d'une hémorrhagie assez forte. Elle se coucha immédiatement, et fit appeler la sage-femme qui ne put venir. La perte de sang aurait duré environ une heure.

Dans la nuit du dimanche, 4 novembre, au lundi vers une heure du matin, encore brusquement et sans douleur, *seconde* hémorrhagie, qui a duré à peu près trois quarts d'heure.

Le lundi soir, la femme ne s'étant pas levée, eut une *troisième* hémorrhagie, qui débuta aussi d'une manière soudaine et sans douleur, et se prolonga à peu près trois quarts d'heure.

Le mercredi, la femme s'étant levée dans l'après-midi, vers 5 heures, comme elle quittait sa chaise, l'hémorrhagie s'est reproduite, et cette fois avec une force beaucoup plus grande. En toute hâte, on est allé chez la sage-femme qui était retenue auprès d'une femme en couches, chez un médecin qui était aussi absent, enfin chez moi, — et c'est dès ce moment que j'ai consigné les détails divers dont je vous ai donné lecture.

Le mercredi, 12 décembre, nous avons vu, M. le Dr Robinet et moi, notre malade. Elle présente l'aspect, l'ensemble des conditions des personnes profondément chloro-anémiques : décoloration très accusée du tégument et des muqueuses, souffles intenses dans les vaisseaux carotidiens. Et cela, malgré un appétit excellent, malgré une alimentation reconstituante, et l'intervention de toniques de toutes sortes.

Dans la séance du 10 mars 1887, j'ai relaté une observation sous ce titre : *Rétention du placenta dans une fausse couche, suivie de phénomènes infectieux graves, extraction du délivre, guérison* (1).

Si je me permets de rappeler ce cas, c'est pour bien faire ressortir la différence essentielle qu'il présente avec l'observation actuelle. Car ces deux faits mettent bien en opposition les deux variétés principales d'accidents qui peuvent compliquer la rétention du délivre. Dans le premier, il s'agissait d'une femme, tombée déjà dans la situation la plus grave du fait de phénomènes de putréfaction *in utero*, et d'accidents de septicémie Dans ce cas, il n'y avait qu'un moyen de salut : supprimer, éteindre le foyer d'où partait l'infection, ce que des conditions favorables me permirent de réaliser, et la femme guérit. Ici, il ne s'agissait plus de foyer de putréfaction, mais d'un foyer hémorrhagique. Enlever la masse placentaire, c'était assurément tarir la source du sang ; mais, la manœuvre nécessaire pour réaliser ce *desideratum*, n'allait-elle pas entrainer une nouvelle perte de sang, et, comme je l'ai déjà dit, j'avais et j'ai toujours la conviction formelle partagée par M. le Dr Robinet, que la femme ne pouvait faire, sans danger de mort, les frais d'une nouvelle hémorrhagié. En outre, étais-je assuré, en lui faisant courir ces grands risques, de réussir à extraire la portion du placenta retenu? Je ne le crois pas. C'est pour cela que je fis le tamponnement et le tamponnement répété.

(1) *Ann. de gyn. et d'obst.* Avril 1887, p. 291.

Toutefois, après avoir été témoin de l'état de profond épuisement dans lequel la femme avait été mise par ces hémorrhagies secondaires répétées — négligées, il est vrai, puisque jusqu'à la quatrième, la femme n'avait reçu aucun secours — frappé du caractère de gravité extrême que peuvent prendre ces pertes de sang, alors même que la portion du placenta retenue est vraiment petite, je serais disposé, immédiatement après la délivrance, en cas d'extraction incomplète, à faire le possible pour enlever le ou les cotylédons restés dans la matrice, *surtout si la malade ne me paraissait pas avoir autour d'elle des personnes aptes à lui porter rapidement secours en cas de besoin.*

D'autre part, je trouve une nouvelle raison à cette intervention immédiate, dans le fait que, malgré toutes les précautions antiseptiques prises dans le deuxième cas auquel j'ai eu affaire, j'ai vu se développer une fétidité extrême, et j'ai craint beaucoup d'avoir, après avoir réussi à maîtriser l'hémorrhagie, à lutter contre des accidents graves de septicémie.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 10 *janvier* 1889.

Installation du nouveau Bureau : M. Guéniot, avant d'appeler M. Polaillon au fauteuil de la présidence, tient à remercier ses collègues, à constater la vitalité scientifique dont la société a fait preuve, et aussi à indiquer quelques modifications qui ne pourront qu'être utiles à son avenir.

M. Polaillon, en prenant la présidence, adresse aussi des remerciements à ses collègues, et propose de voter des remerciements au bureau sortant. (Adopté à l'unaminité.)

Schwartz. — **Note sur 3 cas de métrite du col ; diagnostic difficile d'avec un cancer.** — Observations très intéressantes qui montrent combien, en certains cas, le diagnostic comporte de difficultés ; les voici brièvement résumées.

Obs. — V. M..., âgée de 31 ans. Mariée à 18 ans, menstruation assez régulière. 4 grossesses dont 1 fausse couche et 3 accouche-

ments à terme. Depuis le 1er accouchement, accidents du côté des organes génitaux, perte de sang, perte séro-sanguinolente, pas de pus. Elle a depuis longtemps été traitée (cautérisations du col).

L'état général s'aggravant, les douleurs hypogastriques étant plus vives, elle entra à l'hôpital Beaujon.

Examen : Col gros, bosselé, rouge, ulcéré, comme s'il s'agissait d'un épithélioma interstitiel ; orifice entr'ouvert, déchiré à gauche, pas d'ectropion notable. Rien du côté des culs-de-sac. Prolapsus léger.

Diagnostic hésitant. — Épithélioma interstitiel, ou plutôt métrite :

Après 7 mois de soins (scarifications du col, application de tampons glycérinés, injections chaudes), amélioration considérable après laquelle il était manifeste qu'il s'agissait d'une métrite.

Obs. II. — P. C..., 40 ans, entre à l'hôpital, avec le diagnostic d'*épithélioma de l'utérus.*

Santé très compromise, affaiblissement très accusé. III pare, le dernier accouchement 4 ans auparavant.

Comme accidents du côté des organes génitaux, métrorrhagies répétées, leucorrhée non fétide, douleurs hypogastriques. Elle a déjà subi des cautérisations répétées, sans en retirer aucun avantage.

Examen : Col dur, irrégulier, comme parcouru par des brides, bosselé, avec exulcérations autour de l'orifice externe. Utérus, gros, douloureux à la pression, mesurant 9 centim.

Diagnostic hésitant. — Métrite du col et du corps ou épithélioma.

Traitement. Ablation conoïde du col, *guérison complète* qui s'est maintenue. Il s'agissait encore d'une métrite.

Obs. III. — C. B..., 29 ans, menstruation régulière, nullipare. Début de la maladie il y a un an, leucorrhée très abondante, qui alterne au bout de quelques semaines avec des pertes d'eau rousse et de sang ; quelques douleurs lancinantes avec irradiations dans les reins et à la partie supérieure des cuisses. Dans le service où elle était antérieurement, diagnostic : *épithélioma* et proposition faite à la malade de subir l'hystérectomie vaginale.

Examen.— Col augmenté de volume, comme fongueux, le tissu fongueux ayant pour base un tissu plus dur ; museau de tanche inégal, cratériforme, induré plus à gauche qu'à droite, ulcération irrégulière, rouge foncé, bleuâtre par places, saignante.

Diagnostic: D'abord hésitant, mais à un nouvel examen, pratiqué après chloroformisation et le col ayant été abaissé à la vulve, diagnostic ferme de *métrite.*

Traitement: Ablation cunéiforme aux ciseaux et au thermocautère en prolongeant l'évidement aussi haut que possible. *Guérison* de tous les accidents; mais 3 mois après la femme se plaignait d'accidents, qu'on reconnut sous la dépendance d'une atrésie cicatricielle qui fut dilatée, ce qui amena une guérison complète et définitive.

Discussion: GUÉNIOT. — Il s'agit là de lésions connues autrefois sous le nom de métrite parenchymateuse. Ce qui la distingue le mieux des néoplasies cancéreuses, c'est l'absence de douleur. Son traitement, le meilleur, consiste dans les cautérisations successives, qui n'entraînent pas d'atrésies fâcheuses. Traitement un peu long sur lequel le traitement chirurgical, plus rapide, a pris le pas. Mais il ne serait pas indifférent de savoir ce que deviennent les femmes auxquelles on a enlevé une portion cunéiforme du col au point de vue de la conception. DOLÉRIS. Le diagnostic différentiel est ordinairement aisé. L'hémorrhagie est un signe précieux qui parle dans le sens du cancer. Quant à la technique opératoire, l'amputation séparée de chaque lèvre par le moyen de deux lambeaux (Schröder, Martin), suivie de la suture, est une opération excellente. Elle favorise, plus que toute autre méthode thérapeutique, la conception, et ne saurait gêner l'accouchement. POLAILLON. Le diagnostic différentiel, très délicat en effet en certain cas, s'éclaire habituellement par les résultats d'un premier traitement, médical pour ainsi dire (repos, injections détersives). L'ulcération due à la métrite. s'améliore celle due au cancer ne fait qu'empirer. PAJOT. Il importe pour le diagnostic, d'enlever un fragment du tissu douteux, et de le soumettre à l'examen histologique. Quand au traitement, il est d'avis que, pour la guérison de ces métrites, le repos absolu au lit est indispensable. *Schwartz.* Le traitement par les cautérisations successives, auquel Guéniot a fait allusion, avait été appliqué et s'était montré inefficace. Sans doute, comme le dit Doléris, le diagnostic du cancer est en général facile ; le phénomène hémorrhagique est à ce point de vue précieux; mais s'il a communiqué ces cas, c'est parce qu'ils ont présenté des phénomènes tellement exceptionnels, que, même des médecins expérimentés, se sont trompés dans leur interprétation.

LABUSQUIÈRE. **Rétention de portion de placenta dans un accouchement à terme ; hémorrhagies secondaires graves, tamponnement répété, fétidité des lochies, injections intra-utérines de sublimé ; guérison.**

Discussion : BAILLY. — Il a écouté avec plaisir cette observation. Elle prouve, en effet, que le vieux précepte de P. Dubois « combattre les accidents, et laisser faire la nature » conduit à des succès, même dans des cas en apparence désespérés. Mais il voudrait savoir si les tamponnements répétés avec des bourdonnets imbibés d'une solution phéniquée à 2,5 0/0, n'ont amené, par leur contact prolongé, aucun accident du côté des organes génitaux.

DOLÉRIS. — Comme Labusquière, dans un cas analogue, où la femme était près de succomber aux pertes de sang qu'elle avait subies, j'agis de la même manière. Je ne fis aucune tentative immédiate d'extraction du délivre, et préférai recourir au tamponnement. Mais, dès le lendemain, l'hémorrhagie étant arrêtée et la femme me paraissant dans des conditions meilleures, je fis le curettage et débarrassai la femme. Je crois cette méthode plus sûre. En tout cas la femme, à laquelle se rapporte l'observation précédente, en a pour de longs mois avant de se remettre.

LABUSQUIÈRE. — A M. Bailly je dirai : Certes la méthode expectante donne d'excellents résultats, à condition pourtant que les secours soient donnés en temps opportun. Quelques instants de plus, et ma malade, j'en suis convaincu, mourait. Quant aux effets du contact des bourdonnets, imbibés de la solution phéniquée, je n'en ai pas constaté de fâcheux. Une fois la masse placentaire expulsée, et la fétidité des sécrétions supprimée, je n'ai rien observé qui pût être rapporté à quelque condition fâcheuse existant dans la sphère génitale. A M. Doléris je répondrai : Certes, cette femme en a pour de longs mois avant de se remettre, mais à cause de ce qu'elle avait perdu de sang avant mon intervention. Comme je l'ai dit, en semblable occasion je serai disposé à agir, plus rapidement et plus radicalement, surtout si la femme pouvait, à un certain moment, manquer des secours nécessaires. Mais, dans ce cas, si j'ai recouru à une méthode moins radicale, c'est parce que la femme était mourante et que l'intervention que j'adoptai me parut moins risquée.

DOLÉRIS. — **Salpingite et castration. — Évacuation artificielle des collections enkystées de la trompe par la dilatation et le drainage de l'utérus.** — Ce mémoire est fort détaillé, et force nous est de le

résumer très succinctement. Il comprend deux parties. Dans la première, l'auteur dresse un véritable réquisitoire contre les chirurgiens qui, cédant à l'impulsion énorme qu'a reçue dans ces dernières années la chirurgie abdominale, se décident avec trop de précipitation à extirper trompes ou ovaires. En beaucoup trop de cas, on a fait courir à des femmes les dangers sérieux qu'entraînent la castration, la salpingotomie, alors qu'il ne s'agissait en réalité que de processus, d'altérations qui auraient guéri grâce à un traitement plutôt médical que chirurgical, ou qui sont justifiables de la méthode d'intervention adoptée par l'auteur, méthode dont il donne plus loin les détails de technique. Il est même arrivé qu'on a extirpé des organes dans lesquels l'examen anatomique n'a révélé aucune altération importante. D'ailleurs, dit franchement l'auteur, « je puis parler hautement de ces exagérations, car j'ai agi ainsi, à mon insu et par erreur, c'est vrai ; mais je n'en fais pas moins mon *mea culpa* ».

Dans la 2e partie, Doléris traite surtout de la technique opératoire, et cherche à expliquer, théoriquement, les effets de son mode opératoire, pour les collections enkystées de la trompe. Ce traitement consiste essentiellement dans les détails suivants :

1° DILATATION de l'utérus (tiges de laminaire, et éponges préparées antiseptiques). Il faut arriver à dilater, uniformément, la matrice et maintenir cette dilatation pendant plusieurs jours.

2° CURETTAGE, minutieux de la cavité utérine, surtout dans la région des *ostia uterina*; désobstruer ces orifices de déversement des liquides tubaires des fongosités de nature à empêcher l'écoulement des liquides.

3) DRAINAGE, réalisé avec de la gaze iodoformée, qu'on tasse soigneusement dans la cavité utérine. Cette méthode de traitement a donné à l'auteur d'excellents résultats. Les observations seront communiquées ultérieurement.

Discussion : TERRILLON, PORAK, DOLÉRIS.

GRESLOU. — **Abaissement de l'utérus amélioré par la grossesse.** — Jeune femme, ayant eu déjà 2 grossesses, dont 1 fausse couche et 1 accouchement à terme. Atteinte d'un prolapsus utérin, assez accusé pour que l'orifice externe ne fût qu'à 2 cent. de la vulve, et assez pénible pour que tout travail fût devenu impossible, elle redevint enceinte. Accouchement à terme. Dans le but de guérir le prolapsus, l'auteur retint sa cliente au lit durant 12 semaines, et

lui fit prendre des injections astringentes. Après ce laps de temps, il constata que la matrice était plus élevée, que le col était devenu distant de 5 cent. de l'orifice vulvaire. D'autre part, la malade débarrassée de ses anciens malaises, reprit ses occupations. Et, aujourd'hui, après 6 mois, l'amélioration dans la situation de la matrice, est la même.

SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE DE DRESDE

Séance du 12 avril.

Présentations : LÉOPOLD : a) **Nouveau-né, atteint de spina bifida.** Léopold à essayé de corriger, chirurgicalement, cette déformation, effet d'un vice de développement.

b) **Utérus** extirpé en totalité et dont la portion vaginale est le siège de lésions sarcomateuses.

c) **Kyste ovarique** au début et de la grosseur d'une orange.

d) **Kyste dermoïde** de la grosseur d'un œuf de poule.

MEINERT : a) **Polype du vagin** (*elephantiasis mollis*). — La pièce pathologique a été enlevée sur une femme âgée de 71 ans, hydropique, atteinte d'hémiplégie et d'aphasie (sclérose artérielle). De la forme et du volume d'un œuf de poule, ce polype prenait insertion sur la portion moyenne de la paroi postérieure du vagin. Histologiquement, on a trouvé les éléments constitutifs suivants : tissu connectif lâche et fibrillaire, cellules étoilées et quelques tractus musculaires ; très nombreux vaisseaux sanguins et lymphatiques dilatés, ainsi les éléments correspondants à la structure de l'élephantiasis mou, propre aux parties génitales externes.

b) **2 cas d'incision par le vagin de kystes tubaires.**

1° Femme âgée de 26 ans. Hypothèse d'une affection gonorrhéique à exclure avec grande probabilité, début de la maladie le 6e jour du *puerperium*. Appareil symptomatique d'une pelvi-péritonite exsudative avec phénomènes pyrétiques, intermittents. L'examen, pratiqué après 4 mois, ne révéla aucune fluctuation dans la masse qui comprenait l'utérus. Ce ne fut qu'au 4e mois que, dans le cul-de-sac de Douglas, apparut une tumeur fluctuante.

2° Femme âgée de 25 ans, IIpare. Le mari disait avoir communiqué à sa femme, dans la 4e semaine du *puerperium*, une

blennorrhagie contractée avec une femme publique. Dans la 12e semaine, péritonite partielle, exsudat fibrineux. collapsus imminent. Dans la 14e semaine, la fluctuation était manifeste dans la tumeur qui se développait rapidement au niveau du cul-de-sac de Douglas.

Dans les 2 cas, la ponction confirma le diagnostic fait de *collection liquide dans une trompe, tombée dans le cul-de-sac de Douglas.* Dans les 2 cas, les incisions et le drainage amenèrent la *guérison.* Il s'agissait dans l'un d'une hydrosalpingite, et dans l'autre d'une pyo-salpingite.

Discussion : LÉOPOLD, BODE, MEINERT.

c) **Section césarienne pratiquée sur une femme atteinte d'accidents de nature septicémique.** — Femme âgée de 28 ans, arrivée au terme normal de la grossesse. Rupture de la poche des eaux 70 heures avant l'opération et, durant ce temps, à l'exception de 2 heures d'inertie survenue le 2e jour, contractions utérines très énergiques. A partir du 2e jour, fièvre, dyspné intense et vomissements incoercibles. Le 3e jour, épuisement marquée, sécheresse de la muqueuse buccale, soif vive, respiration accélérée et stertoreuse, température 39°, pouls 94, parfois défaillant. Enfant en 1re position du sommet; tête au-dessus du détroit supérieur. *Tympanisme de l'utérus. Bassin plat,* diamètre conjugué, 6 centim. *Opération.* Suivant la technique de Sänger, mais sans résection de tranche musculaire. Il s'échappa de l'utérus des gaz fétides, du liquide amniotique, et du méconiun. Toilette minutieuse de l'utérus. La surface séreuse, postérieure de l'organe était rugueuse et injectée, sans qu'il y eût toutefois traces de péritonite. Le 2e jour après l'opération, il survint des symptômes de plus en plus nets de péritonite exsudative. T. 39. P. 142. La partie inférieure de la plaie abdominale fut ouverte, ce qui donna issue à une grande quantité d'un liquide trouble. Lavage de la cavité péritonéale avec une solution salicylée à 1 0/00. Drains et mèches iodoformés. *Mort* 12 heures après cette seconde intervention. L'utérus était resté bien contracté.

L'enfant, qui avait été extrait en état d'asphyxie et ranimé, se développe bien.

Discussion : LÉOPOLD estime qu'il eût été préférable de pratiquer la craniotomie. Le salut de l'enfant n'aurait pas dû être mis en parallèle avec celui de la mère. Que la perforation, dans

les cas de tympanisme de l'utérus en apparence les plus désespérés, ait pu sauver la mère, c'est là un fait que tout accoucheur expérimenté peut affirmer. Bode dit qu'il avait été appelé comme premier médecin auprès de la malade. Que les conditions où se trouvaient la parturiente ne lui ayant pas paru extrêmement critiques, il s'était contenté de faire une prescription, ayant pour but de relever les forces de la malade et de régulariser les contractions. Retourné deux heures plus tard au domicile de la femme, il avait appris, à son grand étonnement, que, sur les conseils de son collègue, elle avait été transportée à la clinique de celui-ci, pour y être accouchée. Touchant l'intervention, il est d'avis qu'il eût mieux valu recourir à la craniotomie, complétée, si besoin était, par les incisions du col rigide et tuméfié. Il pense, en outre, que le fait du tympanisme utérin constituait une contre-indication de plus vis-à-vis de l'opération césarienne. Meinert fait, à ces critiques, les objections suivantes : fallait-il ne rechercher que le salut de la mère? Mais, son existence était déjà plus que compromise. Cette femme était sous le coup de la forme la plus maligne de la septicémie. Il y avait donc lieu de mettre en balance la vie de l'enfant. D'ailleurs, en ce qui concerne le mode d'intervention, il ne faut pas oublier qu'il s'agissait d'un bassin rétréci, dont le diamètre antéro-postérieur n'avait que six centimètres, qu'en outre l'orifice externe était étroit et rigide et qu'en conséquence la craniotomie n'aurait pu être exécutée avec la facilité et la rapidité nécessaires. (*Cent. f. Gynäk.*, 1888, nº 31.)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE BERLIN

Séance du 13 *juillet* 1888.

Présentations : Keller. **Tératome enchondromateux** (teratoma enchondromatodes). La tumeur, qui pèse 2800 grammes, a été enlevée sur une femme âgée de 20 ans, nullipare. Il en est donné une description, macroscopique et histologique, complète. C'est une tumeur mixte (tératome), qui se distingue de toutes les autres tumeurs, d'une part, par sa richesse en éléments cellulaires rappelant la structure des sarcomes ; d'autre part, par la présence de foyers disséminés constitués par du tissu cartilagineux jeune. C'est pour faire ressortir cette dernière condition de structure, que l'au-

teur a ajouté à la dénomination *tératome* l'épithète *enchondromateux*.

Il ajoute qu'il n'existe, à sa connaissance, dans toute la littérature médicale que deux cas de tumeurs semblables à celles-ci : l'un a été communiqué à l'Institut de clinique et de pathologie de Glasgow par Beastson et Coats, l'autre a été rapporté par Marchand.

ORTHMANN. — **Pyosalpingite tuberculeuse double** — Cette pièce pathologique a été enlevée sur une femme, âgée de 32 ans. Depuis quelque temps, elle ressentait des douleurs hypogastriques et avait constaté le développement, dans le bas-ventre, de noyaux durs. Admise dans le service de Martin, l'examen qu'elle y subit révéla les conditiocs suivantes : de chaque côté de l'utérus, existait une tumeur dure, peu douloureuse, mobile, et qui paraissait reliée à la matrice. En raison de la durеté de ces tumeurs, et de leur connexion avec l'utérus, on s'arrêta au diagnostic probable de *myôme utérin sous-séreux*.

Laparotomie. — Elle permit de constater qu'il s'agissait d'une *salpingite suppurée double*. On fit l'hystérectomie supra-vaginale, et, avec la matrice, on enleva les annexes. Les deux trompes présentaient, chacune, une collection purulente, dont le volume dépassait celui du poing. De plus, l'examen microscopique démontra qu'il s'agissait bien de *salpingites de nature tuberculeuse*.

Durée de l'opération, 44 minutes. *Guérison*, après une convalescence troublée par quelques phénomènes fébriles. Opérée le 23 juin, la femme pouvait quitter l'hôpital le 17 juillet, étant parfaitement guérie.

SAURENHAUS. — **De l'état de l'endométrium dans les cas de carcinome de la portion vaginale et du col.** — Saurenhas a étudié, sur 50 utérus, qu'on avait extirpés en totalité parce qu'ils étaient le siège de carcinomes, l'état de la muqueuse du corps.

31 fois, l'opération avait été faite pour affection carcinomateuse du col, 19 fois pour carcinome de la portion vaginale. Dans 6 cas, il existait, indépendamment de la lésion cancéreuse, des myomes plus ou moins gros du corps de l'utérus, 2 fois il y avait de la pyométrie. A l'examen, la muqueuse du corps de l'utérus laissa constater les formes diverses de l'endrométrite de bonne nature.

En conséquence, Saurenhaus ne peut, d'après ses constatations, que nier résolument la soi-disant dégénérescence sarcomateuse de

la muqueuse du corps qu'Abel a dit devoir se produire dans les cas de carcinome de la portion et du col. Car, pour lui, les altérations de cette muqueuse sont de nature bénigne.

Discussion : TH. LANDAU. — Contrairement aux conclusions de Saurenhaus, il croit qu'on peut rencontrer, dans les cas de carcinome du col et de la portion vaginale, des altérations graves de la muqueuse du corps de l'utérus, telles que les a décrites Abel. Il tient en outre à faire remarquer qu'à ce dernier revient ce mérite d'avoir attiré l'attention vers l'étude de ces altérations. Quant au désaccord qui existe entre les résultats de Saurenhaus et ceux d'Abel, il découle peut-être de cette circonstance que ce dernier a porté ses investigations sur des utérus de femmes âgées de 20 à 30 ans, tandis que le premier a eu à sa disposition des organes ayant appartenu à des femmes dont l'âge variait entre 39 et 55 ans. Peut-être, l'involution physiologique qui s'accomplit aux environs de la ménopause, l'atrophie des vaisseaux lymphatiques, ont elles une influence prépondérante sur la nature des lésions ? En outre, des examens récents pratiqués par Abel, ayant porté sur dix utérus enlevés par Landau, n'ont fait que confirmer les résultats de ses premières recherches ; de nombreuses coupes ont démontré que, dans plusieurs de ces cas, la lésion principale consistait, non en produits d'une phlegmasie chronique, mais dans une néoplasie qui offrait les éléments caractéristiques du sarcome. ORTHMANN, OLSHAUSEN, VEIT, au contraire n'ont, tant par les examen anatomiques que par l'analyse des faits cliniques, constaté que le développement de lésions de nature purement inflammatoire. (*Cent. f. Gynäk*, 1888, nº 46.)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE NEW-YORK

Séance du 16 *octobre* 1888.

PRÉSIDENCE DE HANKS

E. H. GRANDIN présente un **bouchon extrait du vagin d'une fille de 19 ans.** La jeune fille prétend que ce corps étranger a été introduit par son fiancé, par vengeance, parce qu'elle lui résistait. Elle avait une rétroversion, et le bouchon a agi comme un excellent pessaire.

HANKS a extrait une bobine qui avait séjourné dans le vagin d'une fille pendant 10 ou 11 ans.

R. B. TALBOT. — **Pince à contre-pression**. Cette pince est destinée à soutenir les tissus durs, comme le col, lorsqu'on les suture. Elle saisit l'aiguille aussitôt qu'elle émerge des tissus et l'extrait sans difficulté et sans fracture.

A. P. DUDLEY. — **Pièces de 5 laparotomies; abcès de l'ovaire, pyosalpinx double, pyosalpinx et kyste de l'ovaire, pelvi-péritonite chronique, et hystérectomie sus-pubienne nécessitée par un fibrome.**

J. A. GUNNING. — **Abcès puerpéral**. Deux mois avant d'accoucher, la malade était tombée, le côté avait porté sur le dos d'une chaise. Lorsque Gunning vit la malade, sa température était de 40°,55. Elle mourut au bout de 21 jours.

WYLIE ne croit pas qu'un abcès gros comme une noix ait pu causer la mort, la malade a dû avoir une septicémie. Il insiste sur l'antisepsie.

MUNDÉ a vu des cas semblables à Vienne, et attribuait aussi la mort à la septicémie.

TUTTLE et DUDLEY ont la même opinion. Ce dernier croit apercevoir sur un point un fragment placentaire.

La pièce sera remise à l'anatomo-pathologiste.

P. F. MUNDÉ. — **Laparotomie faite pour réduire un utérus retourné**. L'auteur rappelle que Thomas a proposé de tenter la réduction au moyen d'une baguette à gants, introduite dans l'abdomen à travers une incision. Il mentionne aussi l'amputation de l'utérus inversé.

La malade lui a été envoyée par Nicolaï, de Harlem, qui n'a pas réussi, même dans le sommeil anesthésique, à réduire l'inversion.

Scharlau ne fut pas plus heureux avec les sacs élastiques.

Mundé trouva que la difficulté était causée par l'extrême mobilité de l'utérus, et échoua par la voie vaginale.

Il ne réussit pas mieux en introduisant la baguette des gantiers à travers une incision abdominale et se décida à faire l'ablation de l'utérus et des annexes.

Pendant 9 jours la température oscilla entre 38°,33 et 38,89. L'opérée se rétablit.

PRIESTLEY (de Londres), après avoir fait l'éloge de l'adresse des opérateurs américains, d'Emmet surtout, raconte un cas difficile dans lequel Sp. Wells et lui ont réussi, à l'aide du réducteur d'Ave-

ling. Il a vu Marey, de Boston, réussir par l'application de bandes élastiques sur le corps utérin.

B. M. EMMET, dans l'inversion, place des fils sur le bord du col, puis place autour du col un cercle de caoutchouc, maintenu par trois tiges qui servent à la contre-extension, tandis que l'anneau sert à la dilation.

BYRNE rappelle qu'il a inventé un intrument pour la réduction de l'inversion. C'est une sorte de coupe, dont le fond est mobile.

POLK cite un cas dans lequel Browne, de Baltimore, a opéré la réduction, en faisant des incisions sur la partie qui serrait l'utérus.

Mc LEAN conseille la dilatation avec les sacs élastiques.

Il est surprenant que Mundé dans un cas difficile n'ait pas essayé la méthode de Tait, de Cincinnati qu'il a lui-même décrite dans sa *Minor surgical Gynecology*, 2e éd., p. 343. Tait introduit un doigt dans le rectum ou dans la vessie pour fixer l'anneau constricteur, les deux pouces appuyés sur le fond utérin exercent sur lui une pression destinée à le réduire. Votation d'une lettre de sympathie à la famille du Dr Freeman, de Brooklyn.

H.T. HANKS est élu président pour 1888-1889.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE WASHINGTON

110e *séance* (29 *octobre* 1888).

Les membres se réunissent chez le Pr S. S. Adam, sous la présidence de BUSEY.

J. P. JOHNSON est élu présent.

BUSEY lit son discours présidentiel. **La craniotomie sur le fœtus vivant.**

Il cite Barnes (*Brit. med. Journ.*, 2 octobre 1886, p. 624) qui affirme que ce n'est pas une question de science pure ; mais que les lois divines et humaines y sont engagées.

Ce discours, écrit dans un esprit très élevé, agite d'importantes questions de déontologie. Il mérite d'être lu en entier.

Busey conteste au médecin le droit d'enlever au fœtus la vie, pour sauver celle de la mère, encore la mère succombe-t-elle assez

souvent : elle survit 93, 4/10 fois 0/0. Busey penche vers l'opération césarienne perfectionnée.

(Résumé d'après l'*Am. J. of. Obst.*, janvier 1889, p. 74 à 100, par A. Cordes.)

REVUE DE LA PRESSE

De la craniotomie à la clinique des femmes de Berlin. *Die kraniotomie an der Berliner frauenklinik, H. Determann.*

L'auteur, à l'exemple de Merkel et de Thorn qui ont traité du même sujet en s'appuyant sur les documents recueillis dans les cliniques de Leipsick et de Halle, s'est livré à une étude soigneuse sur les indications, le pronostic et l'avenir de la craniotomie, en utilisant les nombreux matériaux de la « *Frauenklinik* » de Berlin. Disons tout de suite que, comme conclusion de son analyse, il tient la craniotomie pour une opération qui ne doit désormais trouver place que dans des cas presque exceptionnels, tandis qu'il considère l'opération césarienne, perfectionnée, moderne (technique indiquée par Sänger) comme étant l'opération de choix. Voici d'ailleurs comment il termine son travail : « *La perforation de l'enfant vivant, si l'on excepte quelques cas, doit être abandonnée. Il n'est plus nécessaire de sacrifier au salut de la mère une vie jeune, au début. Cet idéal de l'accoucheur, lequel de tout temps a consisté à sauver la mère et l'enfant, a fait un grand pas vers sa réalisation* ».

Cette conclusion, l'auteur la déduit de la comparaison des chiffres de la mortalité maternelle après la craniotomie et après l'opération césarienne. Ces chiffres seraient par rapport à la première et pour la clinique de Berlin, depuis 1882, 9,4 0/0; par rapport à la seconde et pour l'Allemagne 11,8 0/0. Dans ces conditions, la considération du salut des enfants ferait fortement pencher la balance du côté de l'opération césarienne.

A ce sujet, nous ferons remarquer, sans toutefois risquer de conclusion définitive : 1° que M. Pinard, dans une leçon ayant pour sujet « *le parallèle entre l'opération césarienne et la basio-*

tripsie » (1) a fourni les résultats obtenus, avec cette dernière, dans les hôpitaux de Paris et établi que sur 49 cas elle avait donné 49 succès, donc : *mortalité maternelle nulle;* que, de plus, *les suites de couches avaient été absolument physiologiques.*

2° Que les résultats fournis en France par l'opération césarienne plus ou moins modifiée, mais faite au milieu des précautions antiseptiques les plus rigoureuses, n'a pas donné, loin de là ! les mêmes succès que ceux annoncés en Allemagne.

3° Que, pour longtemps encore, la craniotomie sera plus à la portée du grand nombre des médecins, plus aptes à se servir du céphalotribe, du basiotribe, ou du perforateur par l'habitude qu'ils ont des autres opérations qu'ils sont souvent appelés à pratiquer *in utero*, qu'à exécuter la section césarienne perfectionnée, dont les indications ne se présentent à eux que fort rarement.

L'auteur allemand ne fait aucune allusion au travail de M. Pinard. Entrons maintenant dans l'analyse détaillée du sien.

Il prend en considération les cas qui se sont produits du 1er avril 1876 au 1er octobre 1887, soit durant un intervalle de 11 années 1/2. On a fait 239 craniotomies. Le rapport numérique des craniotomies à l'ensemble des accouchements est 2205; 239, ou 1,08 0/0 ; pour la policlinique, 13117 : 194 ou 1,40 0/0 ; pour la clinique 8934 : 45 ou 0,51 0/0.

Si l'on compare ces résultats avec ceux que Merkel et Thorn ont constatés pour les cliniques de Leipsick et de Halle, on voit que ce rapport est pour la première 1,77 0/0 et pour la seconde 1,12 0/0. En conséquence, c'est à Berlin que la proportion centésimale des craniotomies est la plus faible, soit : 1,08 0/0.

Par rapport aux autres opérations obstétricales pratiquées du 1er avril 1886 jusqu'au 1er avril 1887, on trouve pour.

Craniotomies 18

Les chiffres suivants :

Applications de forceps	151
Versions	190
Embryotomies	2
Extractions	237

Ce qui donne, *en moyenne*, une craniotomie pour 8-9 applications de forceps et pour 15-16 versions.

(1) Vid. in *An. de gyn. et d'obst.*, 1887, p. 315 et *Union méd.*, 30 août 1887.

Quant aux 239 femmes qui du 1er avril 1876 au 16 octobre 1887 ont subi la craniotomie, elle se répartissent, suivant le nombre des accouchements, de la manière suivante :

I pare	80
II pare	33
III pare	25
Pluripare	96
	234

(Dans 5 cas, le nombre des accouchement n'est pas indiqué.)

Il suffit d'un simple coup d'œil pour reconnaître que, relativement, le nombre des primipares chez lesquelles la craniotomie à été faite, l'emporte sur les autres. Et c'est là une circonstance qui concorde avec les constatations faites par Merkel et Thorn.

Pourquoi la craniotomie est-elle plus fréquemment employée chez les primipares ? Les lenteurs de la dilatation, une fois la poche des eaux prématurément rompue, la fièvre favorisent la mort du fœtus, et par suite, créent des indications plus fréquentes à la perforation. D'autre part, souvent, chez les multipares, on écarte la nécessité d'en arriver à la craniotomie, en recourant à l'accouchement prématuré, etc.

Il est en outre remarquable qu'entre les primipares, c'est surtout chez celles dont l'âge varie de 28 ans à 34 que la craniotomie est le plus souvent pratiquée. Cela tient à ce que, chez ces sujets, les parties molles ont déjà acquis un certain degré de rigidité, et qu'en outre, leurs enfants ont un crâne plus volumineux, plus résistant que celui des enfants appartenant à des sujets plus jeunes.

Dans la grande majorité des cas, il s'agissait de présentations du sommet ; soit 197 sur 239 dont 119 en première position, 78 en 2e position.

Indépendamment de ces présentations du sommet, il y avait 4 présentations de la partie antérieure du crâne (Vorderhauptslagen), 4 présentations de la face, 4 du front, 5 obliques, 14 transversales et enfin 5 présentations du siège. Dans 5 cas, le mode de présentation n'était pas noté.

Si on rapproche ces chiffres de ceux consignés pour Leipsick et Halle, on a :

	LEIPSICK	HALLE	BERLIN
re position du sommet.........	51	38	119
2e — —	31	27	78
Présentation du sinciput......	1	3	4
— de le face........	3	2	4
— du front.........	6	—	5
— oblique..........	1	—	5
— transversale.....	5	1	14
— du siège.........		3	4
— des pieds........		6	1
	97	80	234

En ce qui concerne les complications, qui ont influé sur l'intervention, il est relevé :

Prolapsus du cordon...	49	fois.
Placenta prævia..........................	1	—
Myôme au détroit supérieur..............	2	—
Hydrocéphalie...........................	14	—

De toutes les difficultés mécaniques ayant apporté un obstacle à la terminaison naturelle de l'accouchement, ce sont celles qui dérivaient d'un rétrécissement du bassin, qui, de beaucoup, tenaient la 1re place. C'est à peine si sur les 239 bassins, 34 pouvaient être tenus pour normaux.

Dans les cas où les bassins étaient normaux, les obstacles mécaniques étaient liés à des causes diverses : volume excessif de la tête fœtale (hydrocéphalie, 5 fois); défectuosités des parties molles, étroitesse absolue de l'orifice externe; myômes obstruant l'entrée du bassin et irréductibles; présentations du front, de la face, etc.

En 23 cas, il n'est pas fait mention des dimensions du bassin ; en 51, du volume et du poids de l'enfant. Mais, en moyenne, ce poids a été de 3859 grammes. Les fœtus les plus lourds pesaient 7990, 6250 et 5600 grammes, substance cérébrale et sang non compris.

Des enfants craniotomisés, il y avait 70 0/0 garçons, et 30 0/0 filles. Ces résultats s'accordent avec ceux indiqués par Merkel et Thorn.

A propos des indications de la craniotomie, la distinction qui suit importe beaucoup : L'ENFANT EST-IL VIVANT, OU BIEN EST-IL MORT ?

Or, la craniotomie fut pratiquée :

Sur des enfants morts....................	188 fois.
Sur des enfants vivants..................	45 —

Soit, comme rapport centésimal, de la craniotomie sur des enfants vivants, 19 0/0 ; comparativement avec Leipsick et Halle, on a :

A Leipsick	64 0/0.
Halle	25 —
Berlin	19 —

Sur les 239 cas de perforation, 47 fois la tête venait *dernière ;* 5 fois elle occupait cette situation dès le début du travail, 32 fois, elle la devait à la version, qu'on avait pratiquée pour remédier à une présentation défectueuse ou dans l'espoir d'obtenir une terminaison de l'accouchement que diverses conditions exigeaient urgente ou permettaient d'espérer en intervenant ainsi (présentation transversale du fœtus, rétrécissement du bassin, tympanite utérine, prolapsus du cordon, travail prolongé, décollement du placenta, déchirure du col compliquant l'hydrocéphalie, etc.).

Dans tous ces cas, *sauf dans deux*, l'enfant avait succombé avant qu'on pratiquât la craniotomie ; dans plusieurs même la mort était antérieure soit à la version, soit aux tentatives d'extraction. La craniotomie fut pratiquée, parce qu'on avait échoué dans les autres tentatives d'extraction.

Restent 186 cas, où l'opération fut pratiquée sur la tête *première*, 143 fois sur l'enfant mort et 43 fois sur l'enfant vivant.

Dans les 143 premiers cas, le seul fait que l'enfant était mort suffisait, quand une observation assez longue du travail avait donné la certitude qu'il ne pouvait se terminer spontanément, pour qu'on terminât rapidement l'accouchement. D'ailleurs, dans tous ces cas, il existait d'autres circonstances qui militaient en faveur de cette terminaison rapide (rétrécissement du bassin, excès de volume de la tête fœtale, myôme, étroitesse absolue de l'orifice externe, etc.).

Dans 74 cas, ces conditions d'intervention étaient indiscutables, impérieuses :

Éclampsie................................	1 fois.
Tympanite utérine........................	33 —
Fièvre vive..............................	18 —
Rupture utérine imminente................	18 —
Rupture utérine accomplie................	5 —

Dans 69 autres cas, il existait encore des raisons pour terminer sans tarder l'accouchement : épuisement de la femme par un travail prolongé, interventions multiples faites déjà en ville, etc.

Quant au choix fait de la craniotomie, il trouvait sa raison en cela qu'elle constituait la meilleure manière de débarrasser la femme de l'enfant mort; que, presque toujours, la tête fœtale était au-dessus du détroit supérieur et que l'application du forceps dans ces conditions est une opération plus délicate que la première; que les dangers imminents de rupture utérine étaient en certains cas une contre-indication à des tentatives de version, que dans d'autres la version était rendue impossible par l'état tétanique de l'utérus; que, dans d'autres circonstances, où la tête s'était engagée dans l'excavation, le forceps avait déjà échoué.

Viennent maintenant les 43 cas, dans lesquels l'enfant était *vivant*. C'est dans ces conditions que la craniotomie doit être sérieusement motivée. Il ne faut y avoir recours que la main forcée par les considérations suivantes : a) *on a déjà tenté inutilement les autres méthodes d'extraire l'enfant ;* b) *on a reconnu que les autres méthodes d'extraction sont irréalisables;* c) *ou bien, elles sont de nature à mettre en danger la santé ou même l'existence de la mère.*

Chez 15 de ces 43 enfants, les bruits du cœur étaient déjà, avant la perforation, extrêmement affaiblis et irréguliers. En outre, dans 8 de ces 15 cas, l'intervention était commandée par l'imminence de la rupture de l'utérus.

Suit l'observation, très résumée, des 7 autres cas.

Abstraction faite de 15 cas, il reste donc 28 craniotomies avant lesquelles on entendait encore les bruits fœtaux dans toute leur force, et à propos desquelles l'opérateur était convaincu qu'il allait faire la perforation sur un enfant *vivant et viable.* Or, dans ces cas, la nécessité d'intervenir était impérieuse: il ne paraissait pas y avoir d'autre moyen de sauver la mère que de sacrifier le fœtus. Les indications se répartissaient comme il suit :

Imminence de rupture de la matrice........	12 fois.
Rupture faite............................	2 —
Tympanite utérine........................	2 —
Fièvre élevée............................	4 —
Épuisement profond.......................	2 —

Suivent des détails circonstanciés de ces cas.

Ici encore, il est consigné que chez beaucoup de ces femmes, on avait, avant que la craniotomie fut pratiquée, inutilement eu recours à d'autres opérations, dont beaucoup faites en ville (forceps 31 fois, tentatives de version 25 fois, tentatives successives de forceps et de version 8 fois).

Pronostic de la craniotomie.

Cas de mort **26** sur 239 cas, soit comme chiffre de la *mortalité maternelle* 10,87 0/0.

Si on compare ces résultats avec ceux obtenus à Leipsick et à Halle, on a :

Berlin	10,87 0/0.
Leipsick	8 —
Halle	12,5 —

(Thorn fait nettement remarquer que nombre de ces cas sont antérieurs à l'application de la méthode antiseptique.)

D'autre part, si l'on compare les chiffres des craniotomies faites dans ces 3 cliniques sur l'enfant vivant, on a :

Berlin	19 0/0.
Leipsick	64 —
Halle	25 —

L'auteur, en raison de l'écart si considérable qui existe entre ces chiffres, exprime l'opinion qu'on se hâte sans doute trop, à Leipsick, de sacrifier l'enfant au salut de la mère, que le nombre des craniotomies qu'on y pratique doit être, relativement, plus considérable et que cela fournit aussi l'explication de l'infériorité du chiffre de la mortalité maternelle par rapport à cette opération, établi pour cette clinique,

Il entre ensuite dans des détails circonstanciés sur les 26 cas de mort, observés à Berlin.

Sauf dans deux, la mort a eu comme cause la septicémie ou la rupture de la matrice, et ces causes ont eu le même nombre de terminaisons malheureuses à leur actif : 12. Dans l'un des deux autres cas, il s'agissait d'une femme très anémique, ayant tous les signes d'une nutrition défectueuse. Atteinte en outre déjà, avant qu'on l'eût accouchée, de tympanite utérine, elle mourut 3 heures après l'accouchement dans le collapsus. Dans l'autre cas, la cause de la mort resta inconnue.

Des 12 femmes, tuées par la septicémie, 7 étaient déjà infectées avant leur arrivée à l'hôpital. Il est rationnel, dans ces conditions, de ne pas charger la craniotomie de ces décès. D'autre part, dans un cas, il fallut pratiquer l'extraction manuelle du placenta, intervention qui constitue par elle-même une circonstance défavorable.

Dans les 4 autres cas, on n'a pu dégager aucune autre cause de mort en dehors de la septicémie ; toutefois, il n'est pas impossible que l'infection ait eu une autre origine que la perforation.

En ce qui concerne les cas de rupture, 5 fois la rupture s'était déjà produite avant l'arrivée de la parturiente à l'hôpital, et, tout compte fait, ce n'est seulement que dans un cas qu'on fût autorisé à rejeter sur la craniotomie et l'extraction la production de l'accident.

En considération de cette analyse critique et du fait qu'une partie de ces observations datent d'une époque où l'antisepsie était en voie de développement, Determann déclare que la craniotomie doit être considérée comme une opération entraînant peu de dangers, quant à l'existence de la mère, à la condition qu'on apprécie judicieusement les indications de son application, que l'opération soit parfaitement réglée, et qu'on réalise une antiseptie rigoureuse.

L'influence favorable des précautions antiseptiques ressort de la comparaison des chiffres de la mortalité maternelle pour les opérations pratiquées avant 1882 et après 1882.

Avant 1882............................	12,8 0/0.
Après 1882............................	9,4 —

L'auteur entre ensuite dans quelques détails sur les complications qui furent observées durant les suites de couches, après la craniotomie, fièvre légère (17 fois), fièvre septique intense (9 fois), pyohémie grave (1 fois), etc.). Mais, dans presque tous ces cas de *suites de couches compliquées*, il existait déjà avant l'accouchement des accidents incontestables, fièvre, tympanite utérine, etc. En sorte qu'il eût été injuste de mettre tous ces accidents sur le compte de la craniotomie. D'ailleurs, conclut Determann, le pronostic de la craniotomie, au point de vue de son action sur les suites de couches est nettement favorable. Car, indépendamment de ce fait qu'on était autorisé à invoquer pour la plupart des accidents d'autres facteurs étiologiques, *toutes les femmes ont complètement guéri.*

Il consacre ensuite un court appendice aux résultats fournis par l'opération césarienne perfectionnée, et par l'opération de Porro, établit que la première a décidément battu sa rivale, et que celle-ci (op. de Porro) ne doit plus trouver son application que dans les conditions rares que voici :

1° Quand l'infection est déjà accomplie. Parce que l'utérus, devenu le siège d'un foyer d'infection, est souvent durant les suites de couches le point de départ de péritonite, d'accidents de septicémie, et que pratiquer une incision sur un tel organe ne peut qu'augmenter le danger. Mieux vaut extirper l'utérus.

2° Quand on a affaire à des sujets profondément débilités auxquels on veut éviter les dangers associés aux suites de couches.

3° Dans les cas, où la présence de néoplasmes, en particulier de fibrome, milite en faveur de l'extirpation de la matrice.

4° Lorsqu'on se trouve en présence d'une ostéomalacie grâve, contre laquelle la stérilité peut agir à titre de moyen curatif.

Quant à l'opération césarienne, elle exige l'observation de 3 conditions :

1° Suture soigneuse avec ou sans résection d'une tranche musculaire.

2° Antisepsie rigoureuse.

3° Opération précoce, c'est-à-dire, peu après le début des contractions.

En terminant cette analyse, nous dirons : Certes, là où les opérateurs ont pu arriver, grâce à l'intervention si heureuse de la méthode antiseptique et aussi aux perfectionnements apportés à l'opération césarienne, à obtenir avec cette dernière, sous le rapport de la mortalité maternelle, des chiffres à peu près aussi favorables (Cran. 9,4 0/0 — Op. c. 11,8 0/0) que ceux fournis par la craniatomie, l'hésitation n'est plus permise. Le salut de l'enfant commande le mode d'intervention. Mais, pour les autres, pour ceux qui, par exemple, comme les divers accoucheurs de Paris, ont pu sur 49 cas de basiotripsie, sauver 49 mères (mortalité maternelle NULLE), et observer après ces opérations *les suites d'un accouchement physiologique*, il paraîtra sans doute moins facile, même au cas où l'enfant vit, sauf conditions exceptionnelles (rétrécissement extrême du bassin, par exemple), de rejeter la craniotomie. D'autant moins facile, que l'impression causée par quelques opérations césariennes, un très petit nombre il est vrai, à issue malheureuse,

malgré l'habileté des opérateurs et leur fidélité à l'observation rigoureuse des précautions antiseptiques, n'est pas complètement effacée, et que, d'autre part, même en Allemagne où les résultats obtenus par certains opérateurs sont si tentants, il est encore des chirurgiens éminents, comme Léopold, Wider, etc., qui ne reconnaissent pas, aussi délibérément, le triomphe décisif de l'opération césarienne. Il suffit pour s'en convaincre de prendre connaissance de la discussion qu'a provoquée à la *Soc. gynécologique de Dresde*, dans la séance du 12 avril 1868, une communication de Meinert relative à un cas « d'*opération césarienne pratiquée sur une parturiente atteinte d'accidents de septicémie* ».

(*Zeits. f. Geb. und Gynæk.*, 1888. Bd XV. Hft II.)

Analyse et traduction par le Dr R. LABUSQUIÈRE.

BIBLIOGRAPHIE

Traité du palper abdominal, au point de vue obstétrical et de la version par manœuvres externes, par A. PINARD, prof. agrégé, accoucheur de l'hôpital Lariboisière. 2e éd., un vol. in-8° de 400 pages, avec 35 figures. G. Steinheil, éditeur, Paris, 1889.

Depuis dix ans la pratique du palper employé comme moyen de diagnostic des présentations et des positions pendant la grossesse s'est répandue partout, elle est connue de tous ceux qui se sont occupés d'obstétrique.

Recommandé depuis fort longtemps, employé superficiellement par beaucoup, dédaigné par un grand nombre, le palper abdominal, malgré de nombreux et importants travaux démontrant son utilité, n'était apprécié, au moins en France, que d'un petit petit nombre d'accoucheurs instruits et délicats qui avaient bien compris le parti qu'on en peut tirer, l'employaient dans leur pratique personnelle, en instruisaient quelques élèves : cela n'allait pas plus loin, beaucoup d'efforts en somme avaient été tentés presque en vain pour mettre à la portée du grand public médical un procédé d'exploration qui doit rendre aux femmes enceintes et aux accoucheurs autant et plus de services que le toucher et l'auscultation.

Je crois n'être que juste envers mon maître et ami le Dr Pinard en affirmant que c'est à dater de la publication de son livre, en 1878, que le palper est tombé dans le domaine public.

Ce petit volume a donc exercé une grande influence sur l'instruction obstétricale de notre pays.

La première édition étant épuisée, la librairie Steinheil en fait paraître une seconde.

La plupart des chapitres y sont reproduits tels que nous les connaissons, mais il y a de nombreuses nouveautés, c'est de celles-ci que nous voulons surtout parler.

La deuxième édition, beaucoup plus considérable que la première, forme un beau volume de 400 pages; elle est divisée en trois parties :

La première traite de l'accommodation du fœtus pendant la grossesse ou des causes des diverses présentations : ici peu de choses nouvelles : il n'y a rien à changer à ce qui avait été dit. La figure 1 représentant le placenta et les membranes d'un utérus malformé, mérite d'être regardée attentivement.

La deuxième partie a pour objet : Le palper abdominal au point de vue obstétrical.

Elle contient la plupart des acquisitions récentes faite par l'auteur au profit du palper.

C'est d'abord un chapitre presque entièrement nouveau sur la recherche de l'utérus pendant la première moitié de la grossesse : le volume, la consistance, la forme de l'organe pendant cette période y sont étudiés avec soin, « au troisième mois, dit M. Pinard, le fond de l'utérus est ordinairement à 9 cent. au-dessus du bord supérieur de la symphyse pubienne; au quatrième mois, il est à quinze centimètres environ, avoisinant plus ou moins l'ombilic. Je n'ai jamais rencontré, un utérus dont le fond ne dépassât pas l'ombilic au cinquième mois ». Ces données diffèrent notablement de ce qui est généralement enseigné.

Puis vient le diagnostic de la grossesse par le palper dans les cas où le fœtus mort est retenu dans la cavité utérine.

Pendant la première moitié de la grossesse « ce palper peut faire reconnaître l'utérus se présentant dans trois conditions distinctes :

1° L'utérus est perçu difficilement, on a la plus grande peine à en apprécier le contenu;

2° L'utérus est perçu facilement sous la forme d'un globe constamment dur, la contraction est permanente, l'expulsion ne tardera guère.

3° L'utérus est perçu assez facilement sous la forme d'une tu-

meur molle, élastique, et qui peut se contracter sous la main ».

Dans la seconde moitié de la grossesse, le palper permet le plus souvent de percevoir non seulement les modifications du contenant : l'utérus, mais encore les modifications du contenu : l'œuf, et en particulier le fœtus : les sensations fournies par celui-ci depuis le jour de sa mort jusqu'au moment de son expulsion sont analysées d'une façon magistrale.

L'auteur passe ensuite en revue les services que le palper peut rendre pour aider au diagnostic de la grossesse dégénérée et de la grossesse extra-utérine : ces deux petits chapitres contiennent des faits extrêmement intéressants.

Plus loin, poursuivant le diagnostic des présentations et des positions, il insiste quand le sommet est engagé sur un signe déjà bien mis en lumière par lui, la *saillie constituée par la région frontale*.

Dans la présentation du siège, il accorde plus d'importance au sillon du cou qu'au ballottement céphalique : « la sensation du sillon a plus de valeur encore que le ballottement ; ce dernier pouvant, dans quelques cas, être fourni par le siège ».

« Pour moi, ajoute-il, le signe caractéristique, pathognomonique de la présence de la tête au fond de l'utérus, est la *constatation du sillon du cou*. Le ballottement peut être obtenu alors que le siège est en haut et que l'on a affaire à une occipito-postérieure, tandis que la perception du sillon du cou indiquera nettement où se trouve la tête..., tandis qu'on perçoit un plan continu, une surface unie entre le siège et le tronc, on sent une dépression, un vide assez marqué entre le tronc et la tête, les doigts s'enfonçant au niveau de la région cervicale ».

Je ne fais que signaler l'important chapitre qui concerne la grossesse multiple, et regrette de n'y pas trouver l'observation si remarquable de grossesse trigémellaire arrivée à terme, recueillie tout récemment à la Maternité de Lariboisière, et dans laquelle le diagnostic avait été affirmé uniquement d'aprés les sensations fournies par le palper.

J'arrive à une application absolument nouvelle de la méthode, au *palper mensurateur*.

L'insuffisance des données fournies par le toucher mensurateur, l'incertitude forcée sur les dimensions de la tête fœtale calculées d'après l'âge toujours approximatif de la grossesse, ont conduit M. Pinard, comme bien d'autres, à chercher de nouvelles indica-

tions nettes d'intervention immédiate ou prochaine dans les cas de rétrécissement du bassin.

Le palper mensurateur lui permet à chaque moment de la grossesse, dans les derniers mois, d'apprécier que la tête peut ou ne peut plus pénétrer dans l'excavation : peu importe le volume absolu de cette tête, les dimensions exactes de l'ouverture pelvienne, ce qui nous intéresse c'est de savoir si la première pourra oui ou non franchir la seconde.

Voici comment M. Pinard décrit le procédé :

« Dès que chez une femme enceinte dans le cours du septième mois, je trouve la tête non engagée, je ramène cette dernière, si elle n'y est déjà, au-dessus de l'aire du détroit supérieur, je l'abaisse, je fais en sorte que la présentation soit franchement longitudinale pour que la tête soit parfaitement d'aplomb au-dessus de l'excavation. Je la saisis alors avec les deux mains, du front à l'occiput, en lui imprimant quelques mouvements de latéralité afin de la faire toucher par le plus grand nombre de points possibles à l'ouverture pelvienne ; et cela fait, je la fixe en portant ma main au niveau du cou et en pressant de haut en bas. Puis avec l'autre main, je vais à la recherche de l'arc antérieur du bassin, du bord de la symphyse pubienne, et, à ce niveau, je tente en déprimant la paroi abdominale d'insinuer mes doigts entre la symphyse et la tête, tout en continuant à pousser avec l'autre main de haut en bas... Je me rends alors aisément compte de l'engagement facile, possible ou impossible de la tête dans l'excavation.

J'apprécie, quand la tête est arrêtée au niveau de la symphyse, prise qu'elle est entre l'arc antérieur du bassin et l'angle sacro-vertébral, si elle déborde la symphyse, et de combien elle la déborde. »

J'ai vu maintes fois depuis plusieurs années M. Pinard pratiquer le *palper mensurateur* dans son service à Lariboisière et j'ai chaque fois été frappé de la précision des renseignements qu'il en tirait : il ne conseille pas pour cela de négliger le toucher mensurateur « seulement, déclare-t-il, je crois aujourd'hui que le *palper mensurateur*, en permettant d'apprécier en même temps le rapport qui existe entre les dimensions de la tête et celles du bassin, donne des indications plus nettes, plus précises que le toucher, et que c'est lui qui, dans la pratique, doit guider l'accoucheur en ce qui concerne le moment et la nature de l'intervention. »

Entre les mains du Dr Pinard ce nouveau procédé donne des résultats remarquables : sont-ils plus difficiles à apprécier que ceux qu'on obtient par le toucher? je ne le crois pas, c'est affaire d'habitude : et je suis convaincu pour ma part que le *palper mensurateur* est appelé à rendre les plus grands services à tous ceux qui possèdent la pratique du palper.

Suivent deux chapitres intéressants l'un sur le diagnostic de l'hydrocéphalie, contenant beaucoup de faits nouveaux, l'autre entièrement neuf sur le palper pratiqué pendant la période de délivrance: à mon sens ces quelques pages présentent une importance pratique considérable.

La troisième partie est consacrée à la version par manœuvres externes.

Le manuel opératoire est décrit avec plus de détails que dans la première édition, l'auteur insiste sur les moyens de mobiliser le fœtus quand il s'agit de transformer la présentation du siège en celle du sommet, il montre bien que c'est sur l'extrémité pelvienne qu'il faut agir surtout pour faire évoluer le fœtus.

La statistique de la Maternité de Lariboisière vient peser d'un grand poids en faveur de l'opération. Employée pour corriger la présentation de l'épaule, la version par manœuvres externes est acceptée sans contestation.

Dans la présentation du siège son utilité est au contraire discutée, avec passion même de la part de quelques-uns. M. Pinard exprime ainsi son opinion à ce sujet : « Les adversaires de la version par manœuvres externes dans la présentation du siège sont à l'heure actuelle *des adversaires de parti-pris*... Leur opposition ne repose sur rien de sérieux et est, chez la plupart d'entre eux, d'autant plus vive, qu'ils ont moins l'expérience de cette opération ».

Elle a déjà fait ses preuves, elle fera son chemin : les femmes qui sont intéressées à voir disparaître les présentations défectueuses viennent de plus en plus consulter pendant leur grossesse : les présentations transversales disparaîtront, celles du siège deviendront de plus en plus rares et, quoi qu'en pensent les détracteurs de la méthode, femmes et enfants s'en trouveront bien.

Pour maintenir le fœtus dans la situation nouvelle qu'on lui a imposée, M. Pinard conseille l'emploi de sa *ceinture eutocique :* l'utilité et l'efficacité de celle-ci sont incontestables.

Le volume contient à la fin un appendice intitulé : De la transformation de la présentation de la face en présentation du sommet par des manœuvres externes et internes combinées.

Voici comment cette manœuvre est décrite : elle n'est, dit l'auteur, qu'une variante de la vieille *méthode française :*

« Le diagnostic de la présentation étant établi, après avoir constaté que la région fœtale n'est pas assez engagée pour que la bascule ne puisse se faire, il faut introduire deux doigts ou la main dans le vagin et les appliquer sur la fontanelle antérieure généralement accessible car elle se trouve au centre du bassin ou en est très rapprochée.

Cela étant fait, l'autre main restée libre va à l'extérieur à la recherche de l'occiput. Lorsque la main est bien appliquée sur cette région, des pressions simultanées seront exercées de la façon suivante : tandis que les doigts presseront de bas en haut sur les portions du frontal, les doigts appliqués sur l'occiput à travers la paroi abdominale presseront de haut en bas. Pour réussir plus facilement il est nécessaire que les pressions soient dirigées non seulement de haut en bas et de bas en haut, mais encore latéralement et en sens inverse. »

A l'appui, quatre observations dans lesquelles la manœuvre a pleinement réussi.

Avec ces nombreuses et si importantes additions, la seconde édition présente un très vif intérêt pour tous ceux qui veulent apprendre ou qui savent les accouchements.

L'édition de 1878 a imposé le palper dans la pratique obstétricale, celle de 1889 consacre l'extrême utilité de la méthode et lui assure de nouveaux succès en augmentant l'importance des services qu'elle doit rendre.

CHAMPETIER DE RIBES,

Accoucheur des hôpitaux.

Le Gérant: G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Mars 1889

TRAVAUX ORIGINAUX

LEÇONS SUR LES
PROLAPSUS DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME

Par M. Trélat

Professeur de clinique chirurgicale à la Charité

Recueillies et rédigées par M. le Dr BARETTE, chef de clinique chirurgicale.

CINQUIÈME LEÇON

De l'opération d'Alquié — Alexander. — Raccourcissement des ligaments ronds.

SOMMAIRE : Deux observations de rétroversoflexion. — Historique de l'opération du raccourcissement des ligaments ronds : Alquié (de Montpellier), 1840. — Deneffe (de Gand), 1864. — William Alexander (de Liverpool), 1881. — Adams (de Glascow), 1882. — Objections formulées contre l'opération : dangers, inefficacité, inexécutabilité. — Causes d'insuccès. — Adhérences utérines dans la rétroversoflexion, gracilité extrême des ligaments. — Indications de l'opération dans les prolapsus. — Sa combinaison avec les autres opérations. — Particularités opératoires. — Points de repère. — Adhérences de la terminaison du ligament dans le canal inguinal. — Invagination péritonéale. — Anomalie d'insertion du ligament rond sur l'utérus (cas de M. Marchant). Résultats de l'opération.

MESSIEURS,

Il y a deux ans environ, j'eus à donner mes soins et mes conseils à une jeune dame de 32 à 33 ans atteinte d'une rétro-

flexion utérine très marquée. Mariée à 20 ans, cette jeune femme avait eu, dans l'espace de 12 ans, cinq enfants et deux fausses couches ; très courageuse elle avait surveillé leur éducation, les avait nourris tout en donnant ses soins à la direction de sa maison. A l'examen on constatait un col assez allongé, et une rétroflexion réductible sans aucune autre altération dans la situation des organes pelviens. Le périnée était normal et résistant. Pendant près de trois mois j'essayai tous les moyens usuels pour remettre son utérus en bonne position. Redressement manuel, redressement à l'aide de l'hystéromètre, pessaires variés, tout fut employé et successivement mis en œuvre. Malgré les meilleurs instruments, malgré les meilleurs pessaires, malgré même la ferme volonté de la malade, femme intelligente et désireuse de guérir, la rétroflexion se reproduisait et se maintenait inréduite. A bout de moyens, je proposai en dernier lieu l'opération d'Alexander-Adams, elle fut refusée, il faut avouer que je n'insistai pas très énergiquement, je n'étais pas suffisamment édifié sur sa valeur et ses réelles indications.

Il nous est entré récemment dans le service de la clinique une malade très analogue à la précédente et dont voici l'observation.

Observation I

Mme P., âgée de 39 ans, couturière, a été réglée à 11 ans. Mariée à 20 ans elle a eu, en 15 ans, 14 enfants dont onze filles et trois garçons. Tous les accouchements ont été normaux et faciles, en effet elle est bien conformée dans son aspect général et malgré l'état de dépérissement que l'on constate aujourd'hui on reconnaît encore les marques extérieures d'une forme esthétique. Cette femme a été soumise à des travaux très durs, jamais elle n'a pu se soigner convenablement, en 1877, elle fut traitée dans ce même hôpital, dans le service de M. Bourdon, pour une métrite chronique. Elle eut des enfants après ce traitement car son dernier accouchement a eu lieu seulement en 1884.

Depuis deux ans elle souffre de plus en plus de douleurs abdominales, devenues intolérables depuis quelques jours. La mens-

truation est désordonnée, tous les 15 jours environ les règles reviennent et durent de 8 à 10 jours. Dans les quelques jours qui séparent ces écoulements sanguins elle a d'abondantes pertes blanches. Les douleurs vives, lancinantes, continues qu'elle ressent dans le ventre s'irradient dans les aines et les lombes, elles augmentent par la marche et la station verticale. La constipation est opiniâtre. Les envies d'uriner sont fréquentes et depuis quatre ans environ elle ne peut retenir ses urines, longtemps après avoir ressenti le besoin d'expulsion. Une petite hernie ombilicale cause quelques douleurs gastriques.

Le 28 novembre dernier elle se présentait à notre examen du lundi et nous portions le diagnostic suivant : Rétroversion avec rétroflexion très accentuée, réduction possible par l'hystéromètre, métrite chronique, pas de prolapsus.

Le 5 décembre, nous pratiquons un nouvel examen après avoir soumis la malade au repos pendant une dizaine de jours. Il existe encore de la rétroversion mais la rétroflexion est beaucoup moins accusée; la cavité utérine mesure 7 centim 1/2, et à l'aide de l'hystéromètre on réduit très facilement la rétroflexion, puis la rétroversion ; mais ces manœuvres provoquent des douleurs assez vives; le col utérin très volumineux regarde en haut et en avant, son orifice externe présente une légère exulcération.

Nous étions donc en présence d'un cas très net de déviation de l'utérus en arrière, rétroversion caractérisée, rétroflexion non moins évidente, il n'y avait pas du tout de prolapsus.

Les déviations étaient douloureuses pour la malade, elles s'aggravaient d'un certain degré de métrite ; on pouvait les réduire à l'aide de certaines manœuvres, mais elles ne se maintenaient pas réduites ; que fallait il faire ? Là, Messieurs, je n'ai pas hésité longtemps ; le souvenir des mécomptes thérapeutiques que j'avais éprouvés chez la première malade dont je vous parlais au commencement de cette leçon m'a conduit naturellement à adopter une autre ligne de conduite j'ai reconnu dans ce cas parfaitement net l'indication précise de l'opération dite d'Alexander, je veux parler du raccourcissement des ligaments ronds.

Je vous rappelle brièvement l'histoire de cette opération qui, comme beaucoup d'autres, a le privilège d'être à la fois vieille et rajeunie. Cette conception semble être venue à l'esprit de son auteur en considérant la façon dont l'utérus était soutenu dans la cavité pelvienne. Qu'on admette qu'il est en équilibre instable dans l'axe du détroit supérieur, que l'on pense au contraire que dans l'état de vacuité de la vessie et du rectum il repose horizontalement sur le réservoir de l'urine, dans tous les cas on sait que les ligaments qui vont de ses parois à la ceinture pelvienne sont mollement tendus. Quand l'utérus se porte en arrière, en rétroversion il doit fatalement exercer une traction sur ses ligaments antérieurs, les ligaments ronds. Il est incontestable que ces ligaments s'allongent, car la distance qui sépare les cornes utérines de l'orifice inguinal augmente notablement. Cet allongement des ligaments est il primitif ? Ont-ils été victimes d'un arrêt de la subinvolution qui les aura empêchés de reprendre leur longueur primitive après l'accouchement ? Ou bien les ligaments utéro-sacrés distendus ou rompus ne soutenant plus l'utérus en arrière ont ils permis à celui-ci de basculer et d'entraîner les ligaments ronds comme l'enfant qui tombe en tendant les lisières par lesquelles on le tient et en les cassant si elles ne sont pas assez résistantes. Ce sont là autant d'hypothèses que nous ne pouvons ni ne devons discuter ici.

Toujours est-il qu'en 1840, dans un mémoire présenté à l'Académie de médecine le 17 novembre, Alquié (de Montpellier) émit l'idée qu'on pouvait en exerçant des tractions sur les ligaments ronds, corriger les rétroversions et les rétroflexions de l'utérus. Cette communication parut aux académiciens plus que singulière et elle fut vite oubliée; cependant Aran la rappela et en fit mention quelques années plus tard. Tillaux également n'oublia pas d'en parler à propos de l'anatomie des moyens de fixité de l'utérus.

Vingt-cinq ans après la communication d'Alquié, Deneffe (de Gand), assistant de Burgraeve eut la même idée (1864), la communiqua à ses maîtres Burgraeve et Soupart et avec

leur assistance pratiqua l'opération dont il avait mûrement conçu le plan en s'aidant de nombreuses recherches anatomiques. Il échoua complètement et ne put rien tirer de la région. Cet échec opératoire fit du bruit, les adversaires de l'idée s'en emparèrent; l'administration même crut devoir intervenir et défendre la reproduction de semblables expériences; toutes ces circonstances en un mot contribuèrent beaucoup à décourager les chercheurs et à faire abandonner l'idée. Vous trouverez d'ailleurs de plus amples renseignements dans une thèse publiée par Manrique sous l'inspiration de M. Duplay.

En 1881 l'opération d'Alquié est entrée dans une nouvelle voie, le 14 décembre de cette année, William Alexander (de Liverpool) pratiquait le raccourcissement des ligaments ronds et il obtenait pour la première fois un bon résultat opératoire. En janvier 1882, encouragé par ce premier succès il pratiquait de nouveau l'opération et dans le numéro du *Medical Times and Gazette* du 1er avril 1882 il publiait ses quatre premières opérations.

Presque en même temps, Adams assistant d'anatomie à Glascow, poursuivait des recherches identiques et faisait une première opération sur le vivant le 1er mars 1882.

Cette simultanéité de travaux des deux chirurgiens d'outre-Manche a naturellement engendré des discussions de priorité, aussi pour tout concilier on a proposé de nommer le procédé opératoire du nom de ses deux rénovateurs et beaucoup disent aujourd'hui, opération d'Alexander-Adams. Mais il serait injuste d'oublier, se sont écriés les chirurgiens français, que l'idée première revient à Alquié (de Montpellier), que l'opération a été faite en 1864 par Deneffe (de Gand)! Pourquoi ne pas la nommer opération d'Alquié ?

En réalité, messieurs, bien que je ne veuille à aucun prix sacrifier une idée née sur le sol français, je trouve ces discussions un peu vaines, laissons à Alquié l'honneur d'avoir émis le premier une idée que ses sucesseurs ont mise en pratique ; tous ont contribué à doter la chirurgie d'un nouveau

procédé qui fait aujourd'hui ses preuves et que nous nommerons simplement *le raccourcissement des ligaments ronds*.

Nous ne nous sommes pas, en France, lancés inconsidérément dans la voie réouverte par les opérateurs anglais ; à la suite de leurs communications nous avons fait de nombreuses recherches d'ordre cadavérique. MM. Tissier et Hache présentèrent en 1882 quelques remarques sur la possibilité réelle de l'opération. Un peu après MM. Ricard et Doléris pratiquèrent de nombreuses recherches cadavériques. Il résultait de tous ces travaux que les ligaments ronds sont souvent difficiles ou même tout à fait impossibles à découvrir ; leur épaisseur et leur résistance très variables les rendent très difficiles à manœuvrer avec sécurité, en somme l'opération doit présenter des chances considérables d'insuccès. Un auteur anglais, Matthews Duncan, la condamnait absolument, la considérant comme tout à fait inutile et notre collègue Pajot portait un jugement trop sévère en disant qu'il n'y avait aucune raison de faire une opération grave pour une lésion qui ne porte point préjudice à la vie. De tous côtés vous le voyez on a porté des jugements divers, pendant une certaine période toutes les opinions ont été soutenues et c'est à peine si aujourd'hui on peut se faire une idée juste au milieu de toutes les discussions que la question a soulevées.

On peut résumer sous trois chefs les objections que l'on a faites à l'opération que nous étudions :

Il y a eu quelques accidents mortels, l'opération est donc grave.

Dans quelques cas on n'a pu complètement l'exécuter.

Enfin, d'autres fois elle n'a pas donné le résultat cherché.

Mortalité, inexécution, inefficacité ; ces trois mots résument toutes les objections produites. Voyons un peu leur valeur réelle.

Dire que le raccourcissement des ligaments ronds est une opération grave, mortelle même me paraît singulièrement

exagéré. De ce que Doléris sur 150 cas, a rapporté trois faits de mort, il ne faut pas conclure trop vite et passer à condamnation. Pour ma part je suis très surpris de ces accidents, convenablement exécutée l'opération est simple et bénigne. depuis le commencement de l'année nous l'avons pratiquée quatre fois, la réunion a toujours été immédiate, sans une goutte de suppuration, sans une minute de fièvre. Et d'ailleurs, dans les cas qui ont eu une issue fatale, il y a des faits incertains, douteux, mal caractérisés, des fautes opératoires, des précautions antiseptiques insuffisantes. En ayant soin de se conformer aux règles d'une bonne pratique je crois l'opération parfaitement innocente.

L'inefficacité opératoire si elle est réelle serait une objection beaucoup plus importante ; voyons quelle peut être sa valeur. Dans un récent et très consciencieux mémoire, Doléris a rassemblé 80 cas détaillés de raccourcissement des ligaments ronds; dans 56 cas les opérées ont largement bénéficié de l'intervention ; il les décompose ainsi : 48 fois le succès a été complet, 8 fois il y a eu une amélioration incontestable. Il reste donc 24 cas où l'opération n'a point donné de résultats satisfaisants, 14 fois elle n'a été suivie d'aucune correction des déplacements, 10 fois il y a eu échec opératoire réel, on n'a pu trouver et fixer les ligaments ronds. Malgré cela, le résultat définitif enregistré dans le mémoire de Doléris est nettement encourageant. D'autre part si on réunit à ces faits ceux de Manrique, on arrive à un total de 150 guérisons ou améliorations. Et chaque jour apporte encore de nouveaux faits. A ceux qui me sont personnels et qui, exécutés dans ce service, m'ont donné de très bons résultats comme vous le verrez plus loin, je puis joindre deux opérations exécutées ici par M. Segond alors qu'il me remplaçait le 31 août et le 28 septembre derniers, dans un cas il note guérison, dans l'autre il constate une amélioration notable.

M. Marchant m'a aussi apporté une observation que je joins aux miennes et où le résultat a été non moins favorable. Et en dehors de ce service je sais que de nombreux collègues sont entrés dans la même voie, et ont été également satisfaits.

Pour se tenir dans la réalité, pour tenir compte des faits bien analysés et bien observés, il faut dire aujourd'hui que l'opération d'Alquié est réellement efficace, elle donne des guérisons et des améliorations nombreuses, les échecs sont peu fréquents et je crois pouvoir dire qu'ils le seront d'autant moins que l'on saura mieux saisir les indications et les contre-indications opératoires.

L'inexécution opératoire reste donc la plus puissante objection à l'opération d'Alquié, nous devons l'examiner avec le plus grand soin. Cette impossibilité d'exécuter le redressement doit tenir à des causes variées. Dans sa monographie de 1884, Alexander employant un langage imagé compare l'utérus à un navire fixé par des amares au rivage. Tandis que par un temps calme, une simple cordelette suffit, par un temps de tempête un gros câble devient nécessaire. Pour peu que l'utérus soit plus gros qu'à l'état normal, du fait d'une tumeur ou d'une stase hypertrophique, pour peu qu'il soit adhérent aux parties qui l'entourent par des moyens de fixité anormaux il résistera à la traction, ou bien la cordelette cassera, insuffisante pour vaincre sa résistance. Cette comparaison vous fait facilement comprendre une des conditions absolument nécessaires pour que l'opération puisse s'exécuter; il faut que l'utérus déplacé puisse être ramené dans sa position normale ; il faut qu'il n'y ait aucune adhérence pour le retenir; aucune tumeur pour l'empêcher de se redresser.

Dans les observations qu'on lit très souvent, on trouve qu'on n'a pu modifier par des tractions même énergiques la position de l'utérus, ces adhérences devaient être reconnues pendant la vie, on aurait dû s'assurer soit par le toucher rectal, soit au moyen de l'hystéromètre que l'organe déplacé était redressable et si cette manœuvre était impossible il fallait s'incliner devant la contre-indication opératoire, ou au moins ne se décider à agir qu'après avoir essayé de vaincre les adhérences morbides (1).

(1) Dans une leçon clinique que nous avons publiée dans la Semaine *Médi-*

Dans les cas d'opérations que nous étudions on voit qu'on a entrepris l'opération d'Alexander non seulement pour des rétroversions ou des rétroflexions franches et réductibles. Dans beaucoup de cas la rétrodéviation est compliquée d'autres désordres ; de prolapsus de l'utérus ou du vagin, d'insuffisance du plancher périnéal. Je puis vous en fournir plusieurs exemples. Voici d'abord deux malades qui ont été observées et traitées dans le service par M. Segond pendant les vacances dernières.

Observation II

Marie J., 25 ans, ménagère, a eu trois enfants à 22, 23 et 24 ans. Elle présente un prolapsus simple depuis sa 2e couche. L'utérus très mobile vient se montrer à la vulve dans la station verticale ; sa cavité mesure 6 centim. 1/2, il n'y a ni cystocèle ni rectocèle.

Dans ce cas, constatant qu'il n'y avait aucune lésion du périnée, M. Segond pense que le seul moyen d'intervenir était le raccourcissement des ligaments ronds. Il pratiqua l'opération le 28 septembre, réséqua 12 centim. de chaque ligament, les fixa aux piliers puis les pelotonna sous la peau.

Le résultat fut très bon, le 15 décembre la malade examinée de nouveau ne souffrait plus et on sentait son utérus fixé très haut dans le vagin.

En voici une autre :

Observation III

X. Infirmière, 22 ans entre à l'hôpital au mois d'août 1887. Elle

---

cale du 4 juillet 1888, p. 261 (Des rétroversions et des rétroflexions adhérentes de l'utérus et de leur traitement) nous avons précisé d'une façon plus complète les indications opératoires dans les rétrodéviations de l'utérus. Nous divisons les rétroflexions en mobiles, résistantes, adhérentes ; et après avoir décrit les diverses manœuvres que nous conseillons pour détruire les adhérences plus ou moins résistantes que l'on rencontre, nous concluons de la manière suivante : « *Le raccourcissement des ligaments ronds paraît être* « *l'opération directement indiquée pour maintenir en antéversion les utérus* « *précédemment fixés en rétroflexions adhérentes, mobilisés par le traitement* « *mais qui restent impossibles à contenir par la position seule ou par les* « *pessaires* ».

porte un prolapsus utérin qui s'est produit à la suite de son second accouchement lequel a eu lieu au commencement de l'année. Depuis 1883 elle portait une cystocèle légère qui se développait progressivement. Au moment de son entrée on constatait une cystocèle marquée et un prolopsus tel que la moitié de l'utérus sortait de la vulve pendant la station verticale. A l'hystéromètre on trouvait 6 centim. 1/2. Dans une seule séance M. Segond pratiqua l'élytrorrhaphie antérieure puis le raccourcissement des deux ligaments ronds. Il attira et réséqua 12 centim. de l'un, 14 centim. de l'autre ; les deux opérations réussirent très bien, mais l'état de la malade ne fut qu'amélioré, la cystocèle avait à peu près disparu, mais le prolapsus s'était partiellement reproduit. Néanmoins les douleurs que la malade endurait ne s'étaient pas reproduites.

Dans ces deux cas l'opération du raccourcissement a donc été pratiquée pour guérir du prolapsus utérin ; dans un cas le prolapsus était complexe, aussi M. Segond saisissant l'indication double pratiquait deux opérations.

Voici encore deux autres faits qui m'ont été communiqués par M. Gérard Marchant, mon ancien chef de Clinique.

Observation IV

La femme L., 27 ans, blanchisseuse, a eu trois enfants à 20, 23 et 24 ans. Après son premier accouchement elle eut une descente de matrice qui surtout depuis quelque temps lui cause des douleurs lombaires persistantes. L'examen de la malade nous permit de constater une rétroversion manifeste ; l'utérus volumineux, mobile, ferme était situé horizontalement en arrière dans la concavité sacrée. Il y avait en même temps un léger abaissement de la matrice avec de la rectocèle. M. Marchant considérant que la déviation utérine était parfaitement réductible, pratiqua le raccourcissement des ligaments ronds, et réséqua 6 centim. de ligament d'un côté, 7 centim. de l'autre. L'utérus fut parfaitement redressé et le bon résultat obtenu à la fin du mois d'avril dernier était encore tel au 26 décembre, jour où j'ai pu examiner la malade.

Chez cette femme il y aurait lieu de corriger maintenant le prolapsus vaginal et de lui pratiquer une colpopérinéorrhaphie pour relever son plancher périnéal et le rendre plus résistant.

Observation V

Chez une autre malade traitée aussi par M. Marchant, il y avait une rétroversion compliquée de prolapsus utérin avec rectocèle et cystocèle. On pratiqua l'opération d'Alexander. On réséqua 9 centim. de ligaments de chaque côté, puis on fit l'élytrorrhaphie antérieure afin de corriger le prolapsus avec cystocèle que l'on avait constaté.

Enfin je vous rappelle une femme dont je vous ai déjà parlé (obs. III), à plusieurs reprises et qui présentait une rétroversion très accentuée, compliquée de prolapsus et d'ancienne rupture sous-cutanée du périnée. Chez elle nous avions à combattre aussi deux lésions principales, aussi avons-nous exécuté le raccourcissement et la colpopérinéorrhaphie successivement.

Si nous résumons les six observations que nous avons sous les yeux nous voyons que deux fois seulement (obs. I et II) la lésion était simple; rétroflexion. Prolapsus. Deux fois la rétroversion était compliquée de prolapsus (obs. IV et obs. VI). Deux fois enfin sans rétroversion il y avait un prolapsus caractérisé, avec cystocèle et rectocèle. Ces conditions, messieurs, sont communes et fréquentes et elles comportent des indications multiples et variées.

Je m'écarte en cela notablement des chirurgiens allemands qui sont beaucoup plus exclusifs et pratiquent surtout les opérations reconstitutives du plancher périnéal. Quant à moi, je suis éclectique, je crois qu'il y a des cas où le raccourcissement des ligaments ronds est seul indiqué, ce sont les rétroversions réductibles, sans prolapsus ni insuffisance périnéale. Je crois qu'il en est d'autres ou la périnéorrhaphie ou la colpopérinéorrhaphie, l'élytrorrhaphie rendront plus de services que le raccourcissement ; ce sont les prolapsus avec insuffisance périnéale sans rétroversion.

Enfin il est des circonstances où il est indiqué d'agir sur l'utérus par sa partie supérieure et par sa partie inférieure ; de combiner en un mot les deux ordres d'opérations.

Il ne faut pas se dissimuler qu'il y a parfois des difficultés très grandes, elles sont d'ordre anatomique et tiennent à la constitution même des ligaments, à leurs longueurs, à leurs rapports. M. Beurnier les a bien étudiées dans sa thèse de doctorat. La longueur normale du ligament rond est de 12 à 16 cent., dans la rétroversion il subit fatalement un allongement puisque son insertion s'écarte de la région inguinale où il se fixe et cet allongement doit être d'autant plus marqué que le prolapsus, ou la rétroflexion, suivant les cas, sont plus accusés. Quand nous voyons dans une observation qu'on a tiré trois à quatre centimètres de ligament, on peut immédiatement prévoir que cette traction a été insuffisante. Il faut qu'elle soit beaucoup plus énergique sans toutefois dépasser le but qu'on se propose, car le ligament n'est ni très gros, ni très résistant et une traction trop violente pourrait le rompre.

L'épaisseur du ligament est en effet très variable, Beurnier qui l'a étudiée sur 200 cas environ l'évalue à 1 ou 2 millimètres; quelquefois, très rarement toutefois, il atteint trois millimètres ; M. Marchant en a rencontré une fois de cette dimension. Il nous est arrivé aussi d'en rencontrer de ce diamètre dans la première opération de raccourcissement que nous ayons pratiquée. Mais le fait est rare, en général les ligaments ont une épaisseur moyenne de 1 millim. 1/2 à 2 1/2 ce qui n'est ni très gros ni très résistant.

Le ligament rond se termine par une extrémité pénicillée qui s'éparpille sous formes de fibres blanchâtres au niveau de l'orifice externe du canal inguinal. Dans le canal elles sont plus condensées, mais elles affectent là une disposition spéciale dont il faut être prévenu car elle rend le dégagement assez difficile. Des fibres en effet se détachent du ligament dans toute la longueur du canal inguinal et vont se fixer à ses parois en se mélangeant avec celles des muscles transverses. Il faut de toute nécessité, séparer ces adhérences, isoler peu à peu le ligament avec un instrument mousse, remonter peu à peu dans le canal inguinal, mobiliser et arriver enfin à une

libération complète. Ce temps de l'opération est toujours assez délicat, si on dissocie le ligament il s'amincit rapidement sous l'action de vos instruments et bientôt il semble qu'il n'en existe plus de trace. Je conseille, pour bien l'isoler, de pratiquer une incision de 1 centim environ sur la paroi antérieure du canal inguinal à l'aide de ciseaux mousses, on écarte les lèvres de cette incision et on sépare avec soin et en les ayant ainsi sous les yeux les adhérences du ligament aux parois du canal inguinal.

On peut encore craindre de blesser le péritoine, mais vous savez qu'il n'y a point à l'état normal de canal persistant, de canal de Nuck autour du ligament rond. Il est vrai que lorsqu'on a exercé sur le ligament des tractions assez longues on peut voir le péritoine s'invaginer avec le ligament et former autour de lui un repli nacré. Il ne faudra pas s'effrayer de cette disposition, on refoulera doucement le péritoine avec l'ongle et on verra qu'il se sépare facilement de ses adhérences. D'ailleurs avec les précautions antiseptiques qu'il est de règle d'employer, il n'y a aucune crainte à avoir relativement au péritoine.

La résistance des ligaments à la traction, a encore été l'objet de recherches nombreuses ; toujours d'après Beurnier la rupture ne se ferait jamais au-dessous de 60 grammes même pour les ligaments les plus grêles en apparence ; un petit nombre supportent un poids de 500 grammes, beaucoup peuvent supporter 400 gr. La résistance est donc assez sérieuse, mais il ne faut pas encore aller très loin pour la vaincre.

Mon attention a été attirée par M. Marchant sur une disposition rare et particulière qui peut dans un certain nombre de cas devenir une cause d'insuccès. Cette circonstance lorsqu'elle existe, est d'autant plus fâcheuse qu'on ne saurait en aucune façon la reconnaître par l'examen clinique des malades, et par conséquent on ne pourrait la prévoir et reconnaître la contre-indication.

Une des malades opérées par M. Marchant mourut de pneumonie l'an dernier, un mois après l'intervention opéra-

toire. Elle avait subi la double opération du raccourcissement des ligaments ronds et l'élytrorrhaphie antérieure, les plaies s'étaient réunies par première intention.

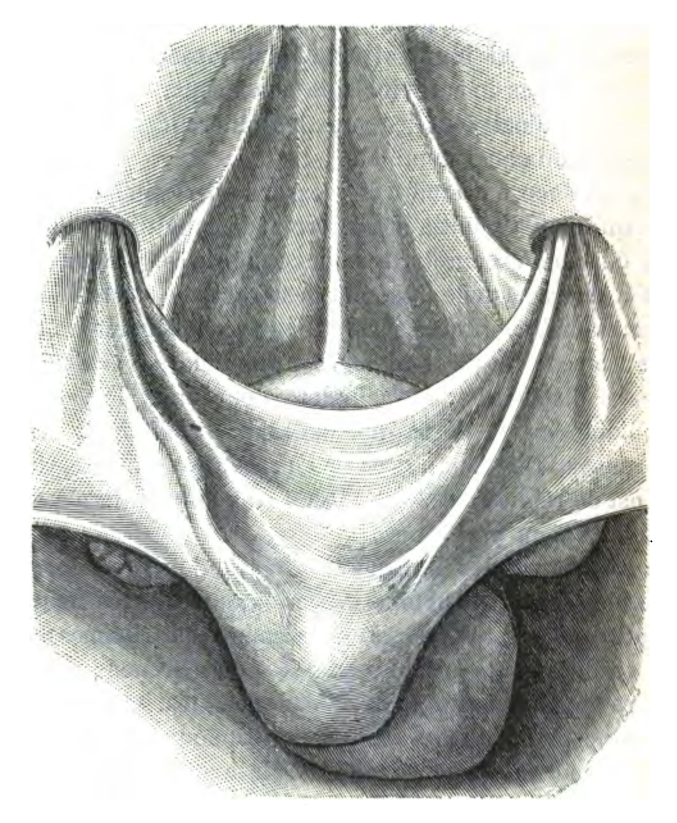


Fig. 1.

La dissection de la pièce anatomique montra une particularité qui semble fort rare; les ligaments ronds au lieu de s'insérer au fond de l'utérus s'attachaient à 2 travers de doigt et demi de ce fond, tout près du col. Les fibres du ligament s'éparpillaient en pinceau pour s'attacher à la face antérieure du corps de l'utérus en avant de la cavité utérine.

Vous comprenez qu'en vertu de cette insertion anormale très bien figurée sur les planches ci-jointes (pl. I, II, III) l'opération au lieu de remédier à la rétroversion n'avait pu que l'exagérer. Plus on tirait dans ce cas sur les ligaments

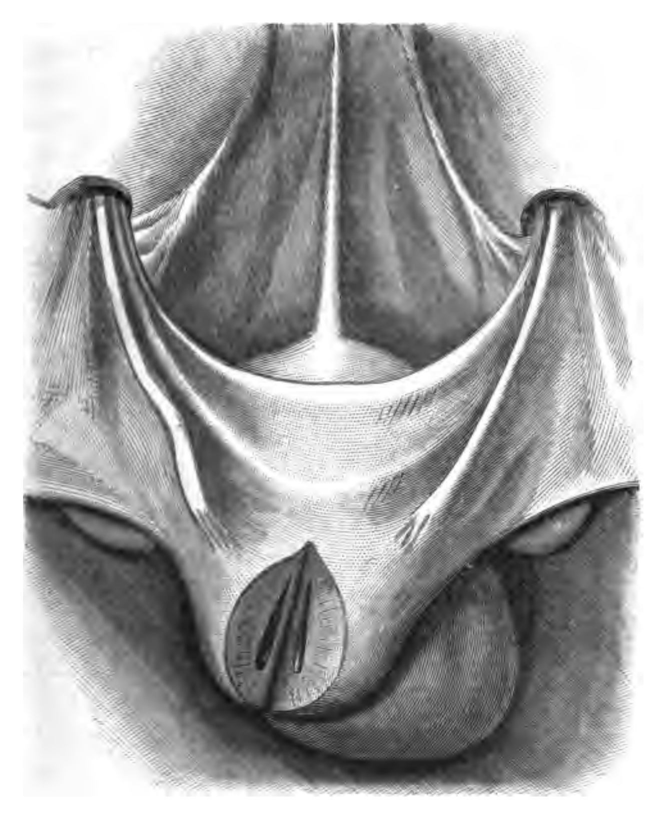


Fig. 2.

ronds plus l'utérus était attiré par sa partie inférieure et plus il basculait en arrière.

Fort heureusement, messieurs, cette disposition n'est pas un fait habituel; M. Beurnier qui a examiné plus de 200 utérus n'en cite par un seul exemple dans sa thèse; M. Ricard,

prosecteur à l'amphithéâtre des hôpitaux aurait rencontré un exemple à peu près analogue dans lequel l'insertion du ligament se serait faite à 2 centimètres du fond de l'utérus.

Si cette disposition anatomique était la règle, l'opération d'Alexander serait absolument inutile; des recherches ultérieures seront nécessaires pour déterminer la fréquence de

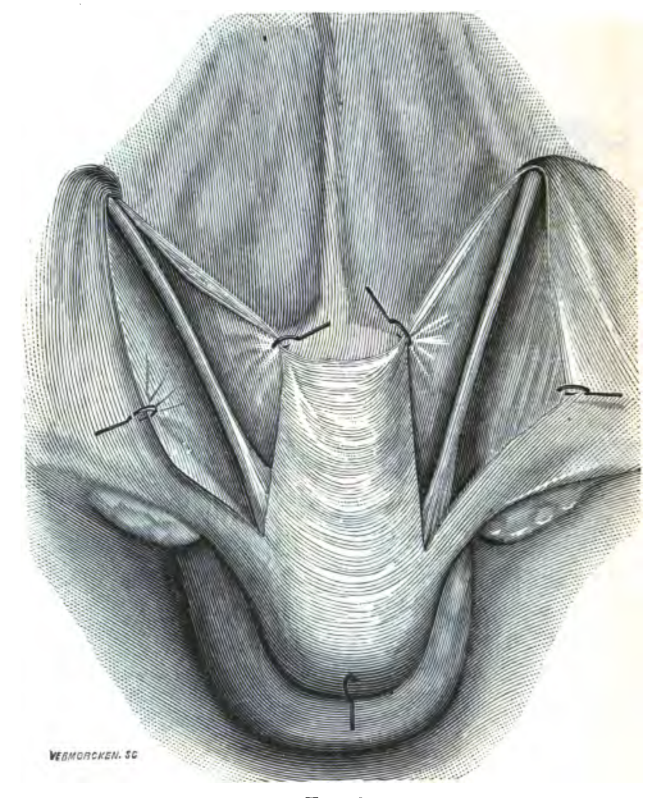


FIG. 3.

cette anomalie, malheureusement je ne puis prévoir qu'on en fasse le diagnostic du vivant des malades.

D'après tout ce que je viens de vous dire, Messieurs, l'opération du raccourcissement des ligaments ronds a des

indications précises, tantôt comme opération unique, rétro-déviations, prolapsus utérins sans descente des parois vaginales, d'autres fois elle a tout avantage à être combinée avec d'autres opérations, celles qui reconstituent le plancher périnéal ou rétrécissent les parois du vagin.

Dans tous les cas, je vous le répète encore, le diagnostic des lésions doit être complet, et il appartient au discernement chirurgical de saisir l'indication dans tous ses détails et toute son amplitude.

Des difficultés réelles entourent cette opération, la petitesse, la gracilité du ligament exposent à le rompre ; son peu de résistance peut causer sa déchirure pendant les manœuvres de traction qu'on doit exercer sur lui ; de plus il est adhérent à tout ce qui l'entoure et il est absolument nécessaire de détacher ces adhérences si on veut le libérer facilement. Il faut enfin toujours se défier du prolongement péritonéal qui peut s'invaginer dans le canal inguinal avec le ligament. Je vous rappelle enfin qu'une circonstance imprévue, l'insertion anormale signalée par Marchant peut causer des insuccès immérités pour l'opérateur. Somme toute, je considère l'opération comme une ressource absolument sans danger au point de vue de la vie des malades ; l'objection de mortalité possible n'a pour moi aucune valeur.

On a dit aussi que cette opération donnait des résultats incertains, que les meilleurs opérateurs pouvaient échouer dans son exécution et manquer ses résultats. Or nous savons d'après Manrique et Beurnier, que les ligaments ronds existent toujours et peuvent toujours être tirés au dehors ; d'après les opérations que nous avons exécutées, nous disons affirmativement qu'on peut toujours les isoler et vous voyez ainsi les objections tomber une à une.

Quant aux résultats, il serait besoin pour bien les apprécier d'examiner chaque cas particulier, combien en est-il où les contre-indications, adhérences, fixités anormales n'ont pas été reconnues ? Combien en est-il d'autre part où les indications n'ont pas été suffisamment remplies ?

L'opération est donc praticable, je dis plus, elle peut rendre de signalés services ; ses résultats s'amélioreront à l'avenir à mesure que les contre-indications et indications seront plus parfaitement reconnues.

Quant à l'opération en elle-même je ne vous la décrirai point dans tous ces détails, mais je vous rapporterai les deux que j'ai faites, et leur exposition fidèle vous permettra de comprendre tous les faits intéressants que l'on peut observer et leur succession.

Le 25 décembre dernier je pratiquais le raccourcissement sur la malade qui fait l'objet de l'observation I.

Après avoir fait du côté droit une incision de 6 centim. oblique en haut et en dehors à partir de l'épine pubienne et parallèlement à l'arcade crurale ; après avoir divisé la peau et le tissu cellulaire sous-cutané je reconnus l'orifice interne du canal inguinal à l'existence d'une boule graisseuse qui l'occupe normalement et qui est le point de repère important. Au-dessous et à côté de cette boule graisseuse se voyait un petit corps allongé, molasse, portant à sa surface une veine variqueuse, c'était le ligament rond. Une fois chargé sur la sonde cannelée je commençai le second temps, l'isolement du ligament. D'abord un peu laborieuse, cette manœuvre poursuivie avec la sonde cannelée et surtout avec les ongles devint de plus en plus facile. Au bout de 4 à 5 cent. le prolongement péritonéal se montra et fut facilement refoulé. Je libérai ainsi 13 cent. de ligament ; il était fort et résistant et mesurait trois millim. d'épaisseur.

Du côté gauche, je répétai les mêmes manœuvres et l'isolement fut encore plus facile et plus rapide.

Une longueur égale du ligament fut attirée au dehors.

A ce moment un aide introduisant deux doigts dans le vagin pratiqua le redressement de l'utérus et le maintint en bonne position relevé derrière la symphyse pubienne, je m'assurai que les tractions sur les ligaments se faisaient sentir à la main placée en soutien dans le vagin. De chaque côté je réséquai alors 12 cent. de ligament.

Je les fixai aux piliers avec trois points de catgut traversant chacun un pilier, le ligament puis l'autre pilier ; ces fils furent noués par-dessus puis coupés au ras du nœud. Les ligaments furent ensuite coupés et comme la double section donnait un peu de sang à gauche j'appliquai deux ligatures perdues au catgut sur les extrémités coupées. Cette précaution fut tout à fait inutile du côté droit.

Après un lavage très soigné des plaies avec la solution de biiodure de mercure à 0 gr. 10 cent. pour 1000, je pratiquai la réunion au moyen d'une suture au fil d'argent et je ne plaçai aucun drain. Par-dessus pansement fortement compressif avec la gaze iodoformée, le coton hydrophile, l'ouate et un double spica de l'aine.

Il n'y eut aucune réaction, la malade accusa seulement quelques douleurs lombaires les jours suivants.

Ces douleurs d'ailleurs sont signalées dans nombre d'observations et semblent dues aux tiraillements exercés sur les nerfs contenus dans les ligaments sectionnés et raccourcis. Au 6e jour on leva le premier pansement ; la réussite était complète, absolue des deux côtés, sans une seule goutte de liquide dans le pansement. Les fils furent enlevés et on se contenta d'un pansement purement protecteur et compressif à l'iodoforme et au coton.

Cette malade a quitté le service cinq semaines après l'opération, l'utérus avait conservé la situation dans laquelle on l'avait mis par la traction sur les ligaments combinée avec la réduction digitale; et la malade n'accuse plus aucune douleur. Nous la suivrons, mais nous la considérons aujourd'hui comme définitivement guérie.

Voici maintenant la seconde opération recueillie le 22 février dernier sur la malade qui fait le sujet de l'obs. III (voir leçon II). Après avoir fait les incisions classiques et reconnu de chaque côté les boules graisseuses, je commençai l'isolement. Les ligaments ronds chez cette malade étaient très minces, dissociés et ce n'est que dans la partie profonde du canal inguinal qu'ils prenaient un volume plus respectable.

Je fus obligé pour faciliter l'isolement, de donner un coup de ciseaux sur la paroi externe du canal inguinal de chaque côté et de débrider un centimètre de cette paroi. Je recommande tout particulièrement cette manœuvre qui permet de bien saisir toute l'épaisseur du ligament et qui diminue ainsi les chances de rupture. D'un côté je tirai 8 centim. de l'autre 7 puis je fixai les ligaments par trois points de suture comme dans la première opération. Un lavage au biiodure, assura l'asepsie des plaies que je fermai au moyen de quelques points de fil d'argent sans drainage. Pansement à la gaze iodoformée et au coton hydrophile, spica double des aines.

Aucune réaction fébrile à la suite de l'opération. Sept jours après, le 28 février, la réunion est complète et on applique un pansement purement protecteur. Comme cette malade avait en outre de sa rétrodéviation utérine, un certain degré de prolapsus et une rupture ancienne du périnée, nous avons complété l'exécution des indications opératoires en pratiquant quinze jours après la première opération, la colpopérinéorrhaphie (7 mars). Cette opération largement faite, terminée par 7 points de suture vaginale et cinq points de suture périnéale dont deux profonds a reconstitué un large corps périnéal et donné de très bons résultats.

Comme vous pouvez en juger, messieurs, l'opération du raccourcissement est simple et peut être très méthodiquement exécutée et réglée. Découverte du ligament, isolement, fixation, tels sont les temps capitaux de l'opération. Celle-ci pratiquée avec soin, sous le couvert d'une antisepsie rigoureuse ne doit toujours être suivie d'aucun accident, la réunion doit toujours être primitive et intégrale comme nous l'avons obtenue (1).

(1) Dans une récente leçon clinique (21 janvier 1889) nous avons eu l'occasion d'examiner les résultats éloignés de plusieurs de nos opérations de raccourcissement des ligaments ronds. Nous n'avons pas constamment obtenu des résultats aussi complets que nous croyions pouvoir en attendre. Il semble que dans les rétroflexions fortement adhérentes et mobilisées les ligaments ronds raccourcis par l'opération s'allongent de nouveau après la guérison opé-

HOTEL-DIEU — SERVICE DE M. TILLAUX

KOLPORRHAPHIE ANTÉRIEURE
POUR CYSTOCÈLE VAGINALE

Leçon recueillie par M. **Témoin**, interne du service.

Nous allons opérer devant vous une femme atteinte de cystocèle vaginale et je désire vous entretenir de cette affection assez commune, dont le traitement est entré depuis quelques années seulement dans le domaine de la chirurgie courante.

La malade qui fait l'objet de cette leçon occupe le lit n° 8 de la salle Ste-Marthe, elle est âgée de 50 ans, ne présente rien à noter comme antécédents : elle s'est toujours bien portée, elle a eu 3 enfants après des accouchements normaux, elle a toujours été bien réglée, et jusqu'au début de son affection elle a toujours travaillé comme femme de ménage.

Il y a quelque temps (6 mois environ) elle éprouva après son travail une fatigue beaucoup plus grande que de coutume, elle ressentait comme une pesanteur dans la région du bas-ventre et du périnée, et en y portant le doigt, elle eut la sensation d'une tumeur faisant saillie à la vulve. Cette tumeur était molle, et pouvait être repoussée à la

ratoire et on voit l'utérus, reprendre peu à peu sa position dans le cul-de-sac postérieur. Aussi, tandis que je préconise toujours le raccourcissement des ligaments ronds dans les rétroflexions mobiles ou peu adhérentes bien mobilisées je suis réservé pour les autres. Il est toujours utile de mobiliser l'utérus et de soigner la métrite ; si l'utérus est mobilisé et n'est plus douloureux on peut l'abandonner à son sort ou répéter la mobilisation de temps en temps afin de l'empêcher de se fixer de nouveau dans le cul-de-sac. Mais si une fois la rétroflexion mobilisée et la métrite guérie la malade souffre toujours, comme l'opération d'Alexander échoue et que les pessaires ne réussissent pas mieux, je conseille alors l'hystéropexie.

pression, sans douleur. Depuis cette époque, la gêne que la malade en éprouva devint de plus en plus grande, bientôt à la moindre fatigue elle ressentit de très vives douleurs au niveau du vagin, la station debout devint impossible, et ne pouvant plus travailler elle entra à l'hôpital. Elle n'a pas eu de troubles du côté de la miction.

Par le toucher vaginal on sent une tumeur de la dimension d'un gros œuf de pigeon, molle, irrégulière à sa partie antérieure, plus lisse à sa partie postérieure, non douloureuse et faisant saillie à l'entrée du vagin. L'utérus est dans sa position normale, le col n'est pas hypertrophié, les culs-de-sac sont libres. Examinant cette femme dans le décubitus dorsal, les jambes relevées, on voit qu'immédiatement au-dessous du méat urinaire une tumeur fait saillie. Cette tumeur, de coloration rougeâtre, de forme générale ovoïde, est irrégulière, présente trois replis transversaux superposés, d'avant en arrière, et augmente dans les efforts de toux. Une sonde introduite dans la vessie est sentie par le doigt vaginal, elle ne peut pénétrer dans les saillies que je viens de vous signaler, mais en arrière la cloison qui la sépare du doigt est d'une minceur extrême. Une injection poussée dans la vessie distend la tumeur dans la portion postérieure, mais ne fait pas disparaître les plis de la partie antérieure.

Je vous rappellerai, Messieurs, que la paroi antérieure du vagin et celle de la vessie sont unies l'une à l'autre par du tissu cellulaire assez résistant et qu'il est difficile que l'une se déplace sans entraîner l'autre. Quand le vagin entraîne avec lui la vessie, ou quand la vessie distendue ne trouve pas de résistance dans la cloison vaginale et l'entraîne avec elle, il y a production de cystocèle vaginale. Ces deux parois, vésicale et vaginale, n'en formant pour ainsi dire qu'une, vous voyez de suite quels seront les symptômes d'une cystocèle en général. Une tumeur lisse quand la vessie est pleine, ridée quand elle se vide, tumeur augmentant par la rétention d'urine, par les efforts, diminuant par le repos et le cathétérisme. Vous voyez qu'il peut y avoir

des troubles considérables de la miction, quand la poche est très grande, et dans certains cas, les malades ne peuvent uriner qu'en maintenant la tumeur réduite avec le doigt pendant la miction. On a trouvé quelquefois des calculs dans la poche.

Vous comprendrez aussi par ce court aperçu anatomique, combien peuvent être variées les causes de la cystocèle; très souvent le prolapsus utérin entraînant le vagin avec lui précède la cystocèle, l'hypertrophie du col peut amener le même résultat; d'autres fois des rétentions d'urine répétées en sont la cause. Dans tous les cas cette affection survient toujours après des accouchements multiples, amenant la perte d'élasticité ou de résistance du vagin. Il n'y a qu'une observation de cystocèle chez une jeune fille vierge rapportée par Sandifort.

Le diagnostic de cette affection est extrêmement facile, et vous ne pouvez la confondre ni avec le renversement de l'utérus qui est une tumeur dure, ne permettant pas le toucher vaginal, ni avec un kyste séreux du vagin, qui est plus résistant et qui ne laisse pas pénétrer la sonde dans son intérieur en cathétérisant la vessie.

Cette affection est assez fréquente, ce qui s'explique par la distention et les tiraillements auxquels sont soumises les parois du vagin pendant l'accouchement. Elle semble pourtant avoir été inconnue des anciens et il faut arriver au 18e siècle, vers 1760, pour en trouver la 1re observation publiée par Robert : elle est rapportée dans un mémoire de Verdier, sur les hernies de la vessie, publié en 1780.

Les observations se sont multipliées et Malgaigne surtout en montra bien la fréquence ; puisque sur cent femmes, dit-il, qui se présentèrent au Bureau central pour obtenir des bandages ou des pessaires, 22 étaient atteintes de cystocèle vaginale.

Notre malade est donc atteinte de cystocèle, mais chez elle, cette cystocèle présente quelques caractères spéciaux, l'utérus n'est pas prolabé, il n'y a pas d'hypertrophie du col,

la tumeur n'est pas régulière et la distension ne fait pas disparaître ses replis. Il faut en conclure qu'il y a surtout une hypertrophie de la muqueuse vaginale qui, probablement, a été la cause de la cystocèle. Il n'y a pas ou presque pas de troubles de la miction et c'est la pesanteur et la douleur qu'occasionne la tumeur qui ont fait demander à cette femme une intervention.

Pendant très longtemps on proscrivit l'intervention chirurgicale et seuls les appareils de contention furent employés : les pessaires, les ceintures hypogastriques furent tour à tour préconisés sans avoir donné de bons résultats.

Jobert, le premier, en 1840, proposa une opération contre la cystocèle vaginale. Il détruisait à l'aide de cautérisations au nitrate d'argent, faites transversalement, une portion de la paroi antérieure du vagin. Les bords des plaies étaient excisés et réunis par une suture entortillée.

Marion Sims, en 1860, voulant enlever une portion de la cloison vésico-vaginale dans un cas de cystocèle, avait pris cette cloison entre les mors d'une pince et la sectionna. Il s'aperçut qu'il n'avait entamé que la muqueuse vaginale laissant la vessie intacte : Ainsi il fut conduit à l'opération connue sous le nom de kolporrhaphie,

Cette opération a pour but de retrancher une portion de la muqueuse du vagin, sans intéresser la paroi de la vessie et de réunir les bords de la plaie, de façon à rétrécir la paroi du vagin et opposer ainsi un plan résistant à l'organe qui fait saillie. La kolporrhaphie est antérieure ou postérieure, suivant qu'elle cherche à s'opposer à la cystocèle ou à la rectocèle.

Il y a plusieurs façons de procéder, Marion Sims détachait deux lambeaux latéraux qu'il suturait, laissant entre eux une portion saine ; Emmet aviva toute la surface et la sutura. Hegar et Kaltenbach ont pris la muqueuse entre des pinces ; mais je ne veux pas insister sur les modifications apportées presque par chaque chirurgien, et je vais pratiquer devant vous la kolporrhaphie.

La malade, dont le vagin a été aseptisé autant que possible par des injections au sublimé et des tampons iodoformés, va être placée sur le dos les jambes relevées. Avec une pince à griffes, j'attirerai la tumeur au dehors, je ferai alors immédiatement au-dessous du méat une incision horizontale, en allant le plus loin possible sur les côtés. Des extrémités de cette incision, je ferai partir deux autres incisions verticales qui s'arrêteront en arrière des replis. Préoccupé, en effet, de la minceur de la cloison en arrière, je craindrais d'intéresser la muqueuse vésicale en poussant plus loin l'incision.

Je réséquerai toute la muqueuse vaginale comprise entre ces incisions et j'aurai ainsi une surface avivée de 5 centimètres sur 3 dont je réunirai les lèvres latérales avec une série de sutures au catgut; un tampon iodoformé sera placé dans le vagin.

L'opération a été exécutée comme je viens de le dire.

Le lendemain, la malade ne souffrait pas. On la sonde 2 fois le jour et chaque jour aussi on fait 2 lavages au sublimé.

Le 9e jour la malade se lève, elle urine seule, ses douleurs ont complètement disparu.

A l'examen il n'y a plus de trace de tumeur à la vulve, et les efforts de la toux, ne font plus rien apparaître.

La malade sort le 21 février pour retourner dans son pays.

DES MARIAGES PRÉCOCES ET DE LEURS CONSÉQUENCES

Par le Dr **Jules Rouvier**,
Professeur à la Faculté française de médecine de Beyrouth (Syrie).

L'influence exercée par l'âge précoce du mariage, chez la femme, sur sa santé générale et sur le produit de la conception, est une question encore controversée en obstétrique et en gynécologie.

Les mœurs et coutumes de la Syrie où nous exerçons notre profession, nous ont permis de recueillir un certain nombre

d'exemples de ces mariages précoces et nous ont engagé à étudier ce sujet encore peu connu.

Nos observations ont été relevées sur un total d'environ 1400 femmes, qui, du 15 octobre 1886 au 10 avril 1888, se sont présentées à notre clinique externe d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie à l'hôpital Français de Beyrouth. Leur chiffre est relativement considérable puisqu'il s'élève à 79. Il aurait pu être plus important encore, si nous n'avions prié M. Amin Gemayel, externe des hôpitaux, un de nos élèves, chargé de ces recherches, de s'arrêter comme limite supérieure, à l'âge de 15 ans maximum.

Au point de vue des nationalités, ces 79 femmes se répartissent de la façon suivante :

Maronites	30
Grecques catholiques	11
Grecques orthodoxes	10
Musulmanes	7
Syriennes catholiques	2
Arménienne catholique	1
Druse	1
Nationalité inconnue	17

Cette distinction d'après les cultes peut paraître étrange, dans notre siècle, en Europe, où la civilisation a fait disparaître les barrières que les croyances avaient élevées entre les familles et les sociétés. En Orient, elle est indispensable si l'on veut avoir une idée relativement juste des habitudes hygiéniques de chaque individu. Nous divisons pour la commodité de l'étude nos observations en quatre groupes : 1° les nullipares ; 2° les femmes n'ayant eu que des accouchements à terme ; 3° celles qui ont eu à la fois des accouchements et des avortements ; 4° celles qui n'ont eu que des avortements

1° Le groupe des nullipares renferme 11 femmes dont cinq se sont mariées avant d'être réglées : 2 à 11 ans ; une à 12 ans ; une à 13 ; et une à 15 ans.

La première menstruation s'est manifestée chez elles en

moyenne 24 mois après la consommation du mariage. Ce qui prouve combien est fautive l'opinion des auteurs qui considèrent la précocité des mariages en Orient, comme la conséquence logique de la précocité de la puberté. Au moment où nous avons observé ces 11 nullipares, elles étaient arrivées aux âges suivants : 17 ans, 20, 22, 23, 25, 26, 28, 30, 38, 40 et 50 ans ; soit en moyenne 29 ans.

Le temps écoulé depuis leur mariage, était : 5 ans, 7 ans (2 obs.), 8 ans, 10 ans, 14 ans, 15 ans (2 obs.), 25 ans, 27 ans, et 37 ans ; soit en moyenne 15 ans 5 mois et 13 jours. Ce laps de temps était assez considérable pour faire craindre une stérilité permanente sauf intervention de l'art. Reste à savoir si les rapports sexuels prématurés avaient produit les troubles pathologiques qui empêchaient la grossesse.

Dans cinq observations, dont 4 antéflexions de l'utérus, et une rétroflexion accompagnée de rétroversion, il est probable que leur influence avait été négative.

Dans quatre observations, dont deux de métrite parenchymateuse, un cas de dysménorrhée, et un cas de métrorrhagie, où l'examen des organes génitaux ne put être pratiqué, l'origine des lésions pouvait-être rattachée au mariage précoce.

Enfin, dans 2 observations, un cas de polype endo-cervical, et un diagnostic omis par mégarde, il n'y avait aucune relation entre la maladie constatée et l'origine présumable.

2° Les femmes n'ayant eu que des accouchements à terme, sont au nombre de 29, dont huit se sont mariées avant d'être réglées : une à 9 ans, deux à 12 ans, deux à treize ans, une à 13 ans 1/2, une à 14 ans, une à 15 ans. La menstruation s'est établie chez elles en moyenne un an dix mois après le mariage. Ces huit femmes étaient âgées quand elles sont venues chez nous : deux de 25 ans, une de 27 ans, 2 de 28 ans, 2 de 30 ans, une de 35 ans. Elles étaient mariées en moyenne depuis 15 ans 9 mois 22 jours. Elles avaient eu un total de 31 enfants, soit environ 4 par mère de famille ; moyenne peu considérable surtout pour la Syrie.

Huit femmes de cette catégorie se sont mariées au moment de la puberté, deux à douze ans, quatre à treize ans, une à quatorze ans, et une à quinze ans. En se présentant à la clinique, deux avaient 20 ans, une 22 ans ; deux, 25 ans ; une, 29 ans ; une, 35 ans, une, 45 ans. Elles étaient mariées en moyenne depuis quatorze ans 6 mois. Elles avaient eu un total de 20 enfants, soit 2 1/2 par mère de famille.

Treize autres femmes de la même classe se sont mariées après la puberté : 1 à 13 ans, 7 à 14 ans, 5 à 15 ans. Elle avaient eu leurs premières règles en moyenne depuis un an huit mois 1/2. Ces femmes ont été inscrites sur nos cahiers d'observations, comme âgées une, de 17 ans ; une, de 20 ans ; deux, de 21 an ; une, de 23 ans ; une, de 32 ans ; une, de 35 ans ; une, de 41 ans ; deux de 45 ans. Elles étaient mariées depuis treize ans 6 mois 1/2 en moyenne. Elles avaient eu un total de 48 enfants, soit 3 enfants 3/4 par mère de famille.

En somme ces 29 femmes ayant vécu en moyenne plus de 14 ans, dans le mariage, n'ont eu que 99 enfants, soit 3 enfants, 4 par mère de famille.

3° 32 femmes observées par nous ont eu à la fois des accouchements à terme et des avortements.

a. — 9 se sont mariées, avant d'être réglées, 6 à 12 ans, 2 à 13 ans ; 1 à 14 ans, en moyenne 1 an 3 mois et 16 jours avant l'établissement du flux menstruel. Elles ont après une moyenne de 21 ans 2 mois et 20 jours de mariage un total de 51 grossesses, soit 5,66 par femme, dont 21 ont été interrompues par des avortements, soit 41,18 0/0.

b. — 7 se sont mariées à l'époque de la puberté : 1 à 11 ans ; 2 à 12 ans ; 2 à 14 ans ; 2 à 15 ans. Après 21 ans 8 mois et 17 jours de mariage, elles ont eu 44 grossesses, soit 6,3 par femme, dont 11, soit 25 0/0 ont été interrompues par des avortements.

c. — 16 se sont mariées après l'établissement de la menstruation, en moyenne un an huit jours après cette époque : 1 à 12 ans ; 5 à 13 ans ; 5 à 14 ans ; 5 à 15 ans. Après 18 ans 2 mois 7 jours de mariage, elles ont eu 111 grossesses, soit

6,94 par femme dont 33, soit 29,72 0/0 ont été interrompues par des avortements.

4° Parmi les 7 femmes n'ayant eu que des avortements, une s'est mariée à 11 ans six mois avant d'être réglée ; une à 14 ans à la puberté ; et 5 après cette époque 1 à 12 ans, 3 à 13 ans et 1 à 14 ans. Au bout de 12 ans 2 mois et 17 jours elles n'avaient eu que 11 grossesses, soit 1,75 par femme, toutes terminées par l'avortement. En tenant compte uniquement de l'époque d'instauration des règles, nos 79 observations comprennent :

a. — 23 femmes mariées avant d'être réglées ; en moyenne 20 mois 9 jours avant la menstruation.

Au bout de 16 ans 6 mois 23 jours de mariage, elles ont eu 83 grossesses, soit 3,6 par femme dont 22 avortements, soit 26,3 0/0.

b. — 16 femmes mariées au moment de la puberté.

Au bout de 18 ans 3 mois et 22 jours de mariage, elles ont eu 65 grossesses, soit 4,07 par femme dont 12 avortements soit 18,46 0/0.

c. — 40 femmes se sont mariées en moyenne un an 6 mois et 17 jours après l'établissement de la menstruation. Au bout de 17 ans 7 mois et 6 jours de mariage, elles ont eu 168 grossesses, soit 4,2 par femme, dont 42 avortements, soit 25 0/0.

En résumé, 79 femmes mariées avant leur 16e année, n'ont eu au bout de 17 ans 4 mois et 12 jours de mariage que 316 grossesses, soit 4 par femme, dont 76 avortements, soit 24 0/0.

Les diagnostics de 78 de ces femmes sont :

A. — *Inflammations.*

Métrite parenchymateuse	17	fois.
Endométrite chronique	4	—
Métrite érosive du col	9	—
Métrite granuleuse du col	10	—
	40	fois.

B. — *Déplacements de l'utérus et flexions.*

Rétroversion	11	fois.
Dextroversion	1	—
Antéversion	5	—
Antéflexion	7	—
Prolapsus complet	3	—
Rétroflexion	6	—
	33	fois

C. — *Divers.*

Polypes endo-cervicaux	2	fois.
Hystérie symptomatique	1	—
Hernie ombilicale	1	—
Cancer de l'utérus	2	—
Fibromes de l'utérus	2	—
Tuberculose du col	2	—
Sténose du col	1	—
Dysménorrhée	3	—
Aménorrhée	1	—
Vulvite	1	—
Condylome vulvaire	1	—
Métrorrhagie	2	—
Excroissances fongueuses du méat urinaire	1	—
	20	fois.

CONCLUSIONS

De l'examen de nos observations, nous croyons devoir conclure que dans les mariages précoces :

I. — La fécondité absolue est diminuée (en Orient les familles sont en général très nombreuses, et les fraudes dans le mariage très rares).

II. — La proportion des avortements augmente.

III. — Les rapports sexuels prématurés, et le travail de l'accouchement, favorisent l'éclosion des inflammations de l'utérus et les déplacements ou déformations de cet organe.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES FAUX POLYPES DE L'UTÉRUS

Par M[me] le D[r] **Anna Klasson** (de Kiew) (1).

Après ce rapide coup d'œil résumant la littérature sur les faux polypes utérins, nous pouvons conclure que la question est encore très controversée et que la plupart des traités d'obstétrique et de gynécologie donnent à cet argument trop peu d'extension. C'est pourquoi nous avons pensé que toute contribution apportée à l'étude de cette question ne sera pas sans avoir une certaine utilité.

Ayant eu l'occasion d'étudier quelques malades présentant des types très intéressants des affections qui nous occupent, nous allons en exposer les observations et décrire les pièces, avec l'étendue que l'intérêt de la matière comporte.

Nous profitons de cette occasion pour exprimer nos plus vifs remerciements à M. le D[r] Cristiani (de Genève) qui a bien voulu mettre à notre disposition les observations des malades et les pièces relatives.

V. — OBSERVATION DE POLYPE PLACENTAIRE

M[me] Ch..., âgée de 24 ans, est une femme très robuste qui a toujours joui d'une bonne santé. Il y a trois ans elle a eu un enfant qui se porte très-bien.

Restée enceinte au mois d'avril, elle expulsa le 23 juin un embryon d'environ trois mois, enveloppé de caillots san-

(1) Voir les *Ann. de Gyn.* Février 1889.

guins, après avoir eu pendant une semaine des hémorrhagies abondantes et répétées.

Après l'avortement elle semblait complètement rétablie, quand, environ quinze jours plus tard, les hémorrhagies reparurent, accompagnées de violentes douleurs lombaires. Le sang perdu était parfois rouge, parfois absolument noir comme de l'encre, d'autres fois l'écoulement était à peine rosé, presque aqueux.

Petit à petit de véritables coliques utérines se manifestèrent et les pertes sanguines devinrent de plus en plus abondantes.

Ce ne fut que dans la nuit du 21 au 22 juillet qu'on se décida à appeler le médecin.

M^me^ Ch. est pâle, mais non amaigrie ; elle est en proie à des coliques utérines très fortes, subintrantes, et perd presque continuellement du sang.

A la palpation on sent l'utérus, dont le fond dépasse de quatre travers de doigt la symphyse du pubis. L'organe est dur, vu son état de contraction, et peu mobile.

Au toucher on constate une dilatation du col de la largeur d'une pièce de deux francs. Le doigt introduit dans le col rencontre une masse irrégulière divisée en lobes, d'une consistance solide particulière, rappelant celle du placenta. En insinuant le doigt entre cette masse et les parois utérines. on constate qu'elle n'est adhérente en aucun point de son pourtour, sur une étendue de quelques centimètres, limite à laquelle le doigt peut arriver. Deux doigts introduits jusqu'au fond de l'utérus constatent que la masse est solidement adhérente sur un espace de plusieurs cent. carrés, surtout à la partie postérieure et en haut. Des tentatives faites pour détacher ces adhérences échouèrent et on ne put extraire que plusieurs morceaux du volume d'environ une grosse pomme. Cette intervention incomplète soulagea la malade ; l'hémorrhagie s'arrêta, les douleurs se montrèrent à de plus rares intervalles et grâce à quelques gouttes de laudanum la ma-

lade put bien passer le reste de la nuit et se remettre un peu pour supporter l'opération du curage utérin qui fut pratiquée le lendemain. La curette put ramener le reste de la tumeur qui représentait à peu près le même volume que le jour précédent.

Déjà l'examen macroscopique de la masse enlevée indiquait qu'on avait affaire à du tissu placentaire ; c'était une masse friable, présentant des filaments enchevêtrés de couleur rouge brunâtre, par place blanchâtre, mêlés à des caillots sanguins.

A l'examen microscopique on voyait les villosités grosses, comme œdémateuses ; certaines d'entre elles présentaient une infiltration graisseuse.

Ce qu'il y a de remarquable dans cette observation, c'est la durée de 15 jours qui s'est écoulée entre l'avortement et la première hémorrhagie. En outre, le volume du polype placentaire, abstraction faite des caillots sanguins, n'était pas en rapport avec l'âge de la grossesse, ce qui prouve qu'il avait continué à s'accroître après l'expulsion du fœtus, pendant les 29 jours qu'il est encore resté dans l'utérus. Du reste la preuve de sa nutrition active nous est donnée par sa solide adhérence à l'utérus.

Delore (1) donne une explication de l'hypertrophie du placenta qu'on rencontre assez souvent dans les œufs abortifs, surtout dans les cas de fœtus longuement macérés, en l'attribuant à un vice de nutrition : « après la mort du fœtus le sang maternel circule encore dans les sinus, mais l'endosmose ne profite plus qu'aux cellules des villosités qui se gonflent outre mesure et deviennent œdémateuses. L'augmentation du volume des villosités produit l'hypertrophie totale du placenta ». Cette explication nous paraît applicable également à notre cas.

(1) DELORE. Art. *Placenta*. Dict. enc. d. sc. méd.

VI. — OBSERVATION DE POLYPE FORMÉ PAR LA CADUQUE

Mme A. B., italienne, est une femme de 28 ans.

Elle s'est mariée il y a quatre ans et n'a jamais eu d'enfants. Sa santé a toujours été bonne, sauf quelques accès de fièvre palustre qu'elle a eus dans sa jeunesse, quand elle travaillait dans les rizières du Piémont.

Mariée à 24 ans, une année après son mariage elle était restée deux mois et demi sans voir ses règles, quand elle fut prise tout à coup de douleurs dans la région de l'hypogastre et expulsa avec des caillots un petit embryon que la sage-femme estima à environ deux mois.

Une année après ce premier avortement, le même fait se reproduisit ; elle rendit, avec une hémorrhagie assez abondante, un embryon de la même grandeur que le précédent ; ses règles avaient cessé de paraître depuis deux mois et demi.

Deux ans après son second avortement une nouvelle grossesse se manifesta. Dans le courant du troisième mois les symptômes habituels apparurent : les douleurs et l'hémorrhagie l'obligèrent à se mettre au lit. Après avoir reçu les soins d'une sage-femme, la malade, voyant que son état, sans empirer, ne semblait pas s'améliorer, fit appeler le médecin. C'est depuis ce moment que l'observation commence à devenir positive.

Au moment de l'examen (22 juin), Mme B. est au lit depuis trois semaines : elle se lève quelquefois, mais les hémorrhagies, la faiblesse et les douleurs lombaires l'obligent à se recoucher. Elle se croit enceinte de trois mois et demi (ses dernières règles se sont montrées vers le milieu de mars). Elle est maigre, mais bien conformée ; ses muqueuses sont pâles. Dans la dernière semaine elle a perdu peu de sang.

L'inspection de l'abdomen ne révèle rien de particulier. A la percussion on trouve la matité splénique dépassant les

limites normales ; de la matité aussi au niveau du cœcum et de l'S iliaque, tandis que la région sus-pubienne est sonore.

A la palpation on peut à peine sentir le fond de l'utérus, qui dépasse légèrement le détroit supérieur.

FIG. 1. — Pseudo-polype du col de l'utérus vu en place au spéculum. Il consistait en une membrane enveloppant un petit bloc de sang coagulé (grandeur naturelle).

Le toucher vaginal permet de sentir dans l'excavation du sacrum une masse dure, cylindrique, qui n'est autre chose que le rectum rempli de matières, de consistance presque pierreuse. Le col peut être très facilement atteint. Il n'est pas dilaté : la pointe de l'index n'y pénètre pas. Un corps mou, pendant dans le vagin, paraît être en connexion avec le col par un pédicule ; les culs-de-sac sont libres ; le toucher n'est absolument pas douloureux. Le toucher combiné avec la palpation abdominale démontre que l'utérus est un peu plus gros et plus globuleux qu'un utérus normal.

A l'examen au spéculum on voit une tumeur qui pend dans le vagin et enfonce dans le col un pédicule grêle et assez long, tordu sur lui-même (voir fig. 1). Par sa couleur foncée, violacée, il tranche nettement sur la muqueuse rosée du col. Cette tumeur ayant tous les caractères d'un polype

FIG. 2. — Le même pseudo-polype ouvert; on peut voir que le pédicule était formé par la membrane enveloppante tordue sur elle-même.

muqueux, était suffisante pour expliquer les phénomènes que présentait la malade. Vu l'exiguïté du pédicule et la facilité probable de l'ablation, l'opération fut proposée séance tenante à la malade qui l'accepta.

Le pédicule fut saisi avec une longue pince : pendant qu'on le tendait, il se détacha avec facilité, sans hémorrhagie. La pièce, fixée dans l'alcool absolu, fut examinée plus tard; cependant entre l'ablation et la fixation il s'était écoulé quelques heures, ce qui a permis un léger desséchement de la tumeur.

La malade se trouva mieux, elle avait repris ses travaux du ménage, tout en remarquant de temps à autre quelques petites pertes sanguines, quand un mois plus tard (le 22 juillet) elle expulsa pendant la nuit avec une hémorrhagie considérable et de très fortes douleurs, un corps ovoïde, plus "and qu'un œuf d'oie, de couleur gris rosé, recouvert sur

une petite étendue par un caillot sanguin aplati. A son tremblotement on devinait qu'il contenait du liquide.

Les suites furent des plus simples. Quelques jours après la malade était complètement guérie.

Examen des pièces. *Pièce du 22 juin.* — Le petit polype, de la grandeur d'une noix, avec un pédicule de 3 centim. environ de longueur, se montre constitué par une membrane et un contenu solide : la membrane après avoir enveloppé le contenu, se tord sur elle-même et forme le pédicule (voir fig. 2).

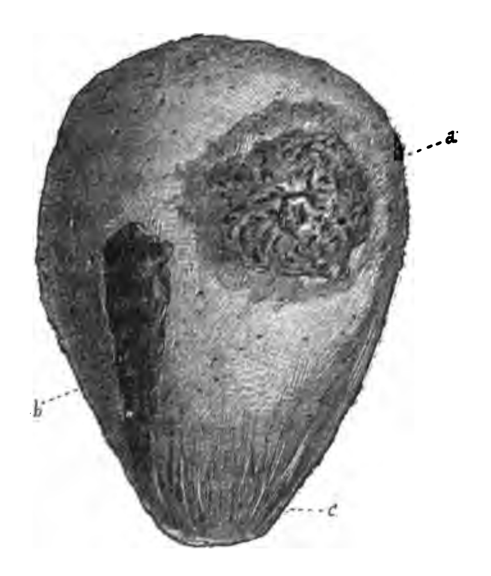


Fig. 3. — Œuf dégénéré, expulsé par la même malade un mois après l'ablation du polype, grossesse supposée de quatre mois.
a. Placenta. — *b.* Caillot sanguin non adhérent. — *c.* Partie correspondant au col utérin.

La membrane, de moins d'un millimètre d'épaisseur, d'une couleur rouge grisâtre, est parsemée de petits orifices plus petits qu'une tête d'épingle, bien visibles et nombreux surtout sur le pédicule, en le déroulant. Ces orifices représentent l'ouverture de petits canaux traversant un peu oblique-

ment l'épaisseur de la membrane. La face externe de cette membrane est lisse, tandis que la face interne, quand on la détord et qu'on enlève les masses brunâtres qui remplissent la grosse extrémité du polype, est rugueuse.

Le contenu présente des masses brunâtres, les unes plus compactes, complètement homogènes à la section, d'autres plus friables.

L'examen microscopique de la membrane montre qu'elle est constituée par des cellules, tantôt rondes, tantôt fusiformes ; on voit par places des trous, correspondant probablement aux orifices de glandes, mais dont l'épithélium est tombé.

Les masses brunâtres sont constituées par des caillots sanguins : on voit au microscope de nombreux globules sanguins altérés, pressés les uns contre les autres ; sur les caillots plus friables on voit le réticulum de fibrine emprisonnant des globules sanguins; pas de trace de villosités.

Pièce du 22 juillet. — Le corps expulsé a la forme d'un ovoïde assez régulier, d'une couleur rose sale, plus foncé du côté de la petite extrémité (fig. 3). Les dimensions sont sensiblement celles d'un gros œuf d'oie.

La surface est rugueuse et une mince membrane qui le recouvre incomplètement se laisse facilement détacher en se déchirant par places.

En prenant ce corps dans les mains, on sent trembloter dans son intérieur un contenu liquide qui ne remplit pas complètement la cavité, ce qui le rend flasque, cependant il faut remarquer qu'entre l'expulsion et le premier examen il s'était écoulé environ huit heures et qu'au moment de l'expulsion, au dire de la malade, le corps était beaucoup plus gros et bombé.

Pour décrire cet ovoïde nous devons lui considérer deux faces et deux extrémités.

La grosse extrémité et une des faces ne présentent rien de particulier. La petite extrémité est, comme nous l'avons déjà fait remarquer, un peu plus foncée que le reste et pré-

sente de légers plis longitudinaux partant du pôle pour se perdre à environ deux centimètres plus haut, sur toute la circonférence. On dirait qu'il a été forcé de passer par un orifice plus étroit que lui : cela ressemble en petit à ce qui arrive à la poche des eaux pendant l'accouchement, quand elle proémine en faisant boudin.

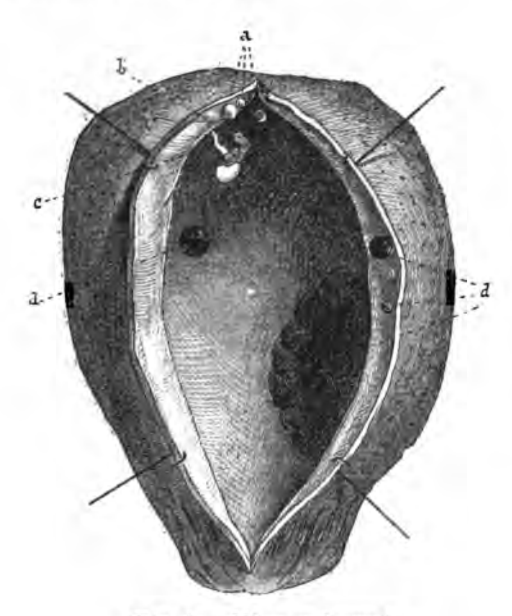


FIG. 4. — Même œuf ouvert.

a. Vésicules transparentes contenant du tissu myxomateux (myxômes) (?). — *b.* Petite formation ressemblant à un embryon du premier mois, attaché aux parois par un tractus. — *c.* qui a l'air d'un cordon ombilical. — *d.* Caillots sanguins (foyers hémorrhagiques) ayant soulevé l'amnios.

Sur l'autre face nous observons deux particularités, l'une en bas de l'équateur, et à gauche, l'autre en haut de l'équateur, à droite. La première est un caillot sanguin, mince, étalé, non adhérent ; il n'est pas épanché dans le tissu même de la pièce.

L'autre chose remarquable est une plaque rosée, épaisse

d'environ un demi-centimètre, irrégulière, de la grandeur d'environ une pièce d'un franc. Cette plaque est très adhérente, elle fait partie des parois même de l'ovoïde : sa surface fendillée et sa structure ressemblent à celles du placenta.

La pièce fut ouverte avec les ciseaux de haut en bas du côté où sa surface ne présentait rien de particulier. Il s'en échappa un liquide jaune brunâtre, en petite quantité : environ trente grammes. Sa densité n'a pas été prise. Quant à sa composition, il contenait de l'albumine en raison de 20 gr. par litre (0,6 pour les 30 gr.), dosée à l'albuminimètre d'Esbach après dilution, et des traces d'urée (0,0016 gr. pour 1000) dosée avec l'hypobromite de soude.

A l'examen histologique, on ne trouva que de rares globules rouges et blancs et quelques éléments irréguliers, ressemblant à des cellules épithéliales dégénérées.

L'intérieur de la poche est lisse, de couleur blanc nacré. Des saillies hémisphériques, d'autres allongées ou même tout à fait irrégulières, d'une couleur bleu noir, représentent des foyers hémorrhagiques qu'on ne pouvait pas apercevoir depuis l'extérieur; ces foyers sont au nombre de six, dont un (fig. 4) mesure plus de 3 cent. de longueur sur 2 de largeur. En haut, au niveau de la concavité de la grosse extrémité, on remarque trois vésicules à diamètre inférieur à 1 cent., à contenu transparent, placées l'une à côté de l'autre.

Un peu plus bas, un petit corps de couleur rosée, de la longueur de moins d'un centimètre, est attaché à la paroi antérieure par un pédicule transparent comme les vésicules susmentionnées : ce petit corps avec son pédicule ressemble singulièrement à un petit embryon du premier mois avec son cordon ombilical.

La surface interne de la petite extrémité de l'ovoïde présente une coloration encore plus foncée (brune) que la surface externe : la section de la paroi montre que cette coloration est due à du sang uniformément épanché dans l'épaisseur des tissus. C'est la partie correspondante au col

de l'utérus, où il s'est formé quelque chose d'analogue à la bosse sanguine du fœtus, ce qui prouverait que l'œuf était vivant au moment de son engagement dans le col.

En regardant une section faite à travers l'épaisseur des parois de la poche, soit à la loupe, soit même à l'œil nu, il est aisé de s'apercevoir qu'elle consiste en quatre couches concentriques, d'épaisseur différente. La plus externe, nous l'avons déjà vue : c'est cette membrane fragile entourant incomplètement la pièce et se détachant facilement : par places très-mince et perforée, par places plus épaisse, manquant absolument au niveau de la petite extrémité au pourtour de laquelle elle forme quelques lambeaux flottants.

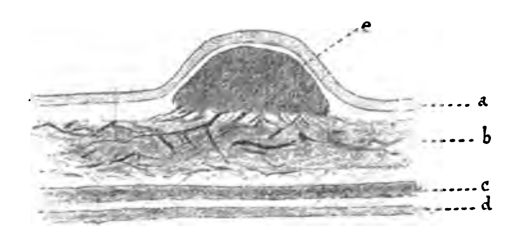


FIG. 5. — Coupe topographique (mi-schématique) des parois de l'œuf, pratiquée au niveau d'un foyer hémorrhagique (vue à la loupe).

a. Amnios. — *b.* Chorion. — *c.* Caduque réfléchie. — *d.* Caduque directe. — *e.* Caillot sanguin.

La 2e membrane a à peu près le même aspect que la précédente, mais elle recouvre aussi la petite extrémité de l'œuf; sa surface externe est plus lisse et elle est plus adhérente à la couche sous-jacente par sa face interne ; elle est également perforée et ressemble à un filet à mailles très petites.

La 3e membrane est la plus épaisse des quatre ; elle consiste en filaments enchevêtrés, rappelant les villosités du chorion, mais formant un tissu assez compact.

La membrane la plus interne, mince, mais résistante, se détache aussi très facilement; cependant on y voit des travées qui la réunissent à la membrane sous-jacente.

En pratiquant une coupe transversale au niveau d'un foyer

hémorrhagique (fig. 5), on voit que le caillot sanguin se trouve entre la troisième tunique et l'interne, qu'il dissèque : ce caillot est adhérent à la troisième membrane par des filaments qui sont des vaisseaux sanguins ; la membrane interne se détache très facilement du foyer hémorrhagique.

Le contenu des vésicules transparentes, examiné au microscope, a été reconnu être du tissu myxomateux : des cellules avec des prolongements au nombre de deux, trois, et même plus, nageant dans une substance hyaline, donnant les réactions de la mucine (fig. 6).

FIG. 6. — Contenu des vésicules myxomateuses (grossissement de 350 d.).

Qu'était-ce donc que ce corps polypoïde extirpé le 22 juin ?

Les caractères déjà macroscopiques de la membrane enveloppante montrent qu'on a affaire à la muqueuse utérine, muqueuse hypertrophiée, puisque les orifices des glandes sont déjà très visibles à l'œil nu. Le fait que la face externe est lisse, et la face interne rugueuse, indique que cette membrane s'est retournée en doigt de gant en se remplissant de caillots sanguins, par le mécanisme décrit par Courty dans les avortements des premières semaines que nous avons rappelé précédemment. Ce même mécanisme, l'adhérence plus forte de la muqueuse au col de l'utérus, tandis qu'elle s'est détachée du corps, explique également sa pédiculisation, l'adhérence au col ayant persisté.

Mais cette muqueuse utérine provient-elle d'un avortement ou bien n'est-ce qu'une forme rare de dysménorrhée mem-

braneuse dans laquelle ce retournement en doigt de gant a également été observé ?

Pour nous, il s'agit dans ce cas d'une caduque, c'est-à-dire d'un produit d'avortenent. Nous nous appuyons d'abord sur l'état hypertrophique des glandes de cette muqueuse, dont les orifices sont nettement visibles à l'œil nu, tandis que dans les cas de dysménorrhée membraneuse les orifices des glandes utérines ne peuvent être distingués qu'avec la loupe (Petit)(1).

Ensuite, la forme du corps en question était ovoïde et non triangulaire, comme cela a lieu à l'état de vacuité (Bernutz)(2). Quant au signe donné par de Sinéty pour reconnaître si une membrane expulsée par l'utérus est un produit d'avortement (caduque) ou simplement une membrane dysménorrhéique (muqueuse utérine), il n'a pas pu nous servir dans ce cas particulier : nous n'avons pas trouvé de villosités choriales. Mais nous nous expliquons ce fait par l'entraînement de la caduque réfléchie avant l'œuf : il n'y aura alors de décollé à la face interne de l'utérus que les villosités choriales en voie de former le placenta, qui sont encore peu unies à la caduque utéro-placentaire, et n'en emportent, en se détachant, que la couche épithéliale. Ce mode d'énucléation de l'œuf, décrit par Jacquemier, nous semble expliquer d'une façon très naturelle l'absence de villosités choriales sur la caduque dans les avortements des premiers temps de la grossesse.

Enfin, un argument contre la dysménorrhée membraneuse, c'est que la malade n'a jamais présenté de phénomènes douloureux au moment de ses règles. Celles-ci ont toujours été normales et ce n'est qu'après qu'elles eussent subi un arrêt de deux mois, qu'avaient commencé chez elle les douleurs et les hémorrhagies qui s'étaient terminées deux fois par l'expulsion d'embryons de deux mois et la troisième fois par les phénomènes que nous avons décrits.

---

(1) PETIT. Art. *Dysménorrhée. Dict. enc. des sc. méd.*

(2) BERNUTZ. *Arch. de tocol.*, 1879, I.

Mais s'il s'agissait d'un produit d'avortement, quand ce dernier avait-il eu lieu? Si les accidents présentés par cette femme s'étaient arrêtés après l'ablation de ce faux polype, on aurait pu croire à un avortement, où l'embryon aurait été expulsé sans que la femme s'en aperçoive avec une des hémorrhagies ayant débuté après le deuxième mois, et que le produit polypoïde n'ait été que la caduque de cet avortement, expulsée plus tard sous la forme d'une môle maternelle (Robin) hors de la cavité utérine, restant attachée au col par le mécanisme invoqué plus haut.

Mais l'expulsion un mois plus tard d'un œuf de plus de 3 mois, met à néant cette explication; le polype devait déjà exister au moment où le second œuf a été conçu.

Était-ce la caduque de l'avortement d'il y a deux ans ?

Ce n'est pas impossible, mais la persistance si longue de ce produit dont le pédicule était si fragile, le fait qu'il aurait permis une nouvelle conception et qu'il n'aurait pas donné de symptômes pendant ces deux ans, rendent cette supposition peu probable.

Cependant c'est la seule qui puisse nous donner une explication des faits, à moins de songer à un avortement de quelques semaines : œuf sorti avec les dernières règles, expulsion consécutive de la caduque retournée en doigt de gant, pédiculisation, puis conception de l'œuf rendu quatre mois plus tard.

Mais il est difficile d'admettre un avortement si précoce qu'il soit sans quelques douleurs, et Mme B. n'avait éprouvé rien de semblable au moment de ses dernières règles.

On aurait pu encore, comme dernière ressource, songer à une grossesse gémellaire avec deux ovules ayant chacun sa caduque réfléchie : l'un des œufs se serait énucléé de sa caduque réfléchie et serait sorti pendant l'hémorrhagie dans le courant du troisième mois et sa caduque réfléchie aurait donné lieu à la formation du polype en question.

Quand à l'œuf expulsé le 22 juillet, le désaccord frappant entre les grandeurs de l'embryon qui correspond à peu

près à l'âge d'un mois et celle de l'œuf qui présente l'aspect d'un œuf d'au moins trois mois (quoiqu'il soit sorti quatre mois après la cessation des règles) nous fait penser que l'œuf a continué à s'accroître après la mort du fœtus. Ce cas se rapporte donc à cette catégorie de faits qu'on a désignés sous le nom de « missed abortion », dont Sinclair (1) a réuni dernièrement quelques observations. La mort de l'embryon a lieu sans rupture des membranes et l'œuf au lieu de s'affaisser comme c'est la règle, continue à se développer dans l'utérus.

Sinclair explique ces cas par un abaissement de l'activité réflexe de l'utérus qui, au lieu de se débarrasser d'un produit mort devenu pour lui un corps étranger, continue à le garder dans sa cavité. L'auteur insiste sur l'état général peu satisfaisant des personnes chez lesquelles on a rencontré ce phénomène : âge plutôt au delà de la première jeunesse, grossesses antérieures. Notre femme au point de vue de l'âge, de ses avortements antécédents, rentre bien dans la règle posée par Sinclair.

Le phénomène le plus frappant qu'offre l'œuf en question, c'est le siège des hémorrhagies : en effet, nous avons déjà indiqué dans la description de la pièce, que les foyers hémorrhagiques siégeaient nettement entre le chorion et l'amnios, n'avaient aucun rapport avec la caduque. Cependant tous les auteurs que nous avons consultés : Charpentier, Jacquemier, Delore, Scanzoni, Schrœder, Cohnstein, etc., placent le siège des hémorrhagies dans le placenta ou dans la caduque.

Dans notre cas le placenta ne présentait aucune lésion visible; tous les foyers hémorrhagiques se trouvaient entre l'amnios et le chorion et semblaient provenir de ce dernier Et ce n'était pas une pénétration secondaire depuis un foyer hémorrhagique de la caduque par déchirure du chorion (comme la possibilité en est indiquée dans les auteurs) : non, la caduque n'offrait aucune altération au niveau du foyer. Le

(1) SINCLAIR. *The Brit. gyn. Journ.* Aug. 1887.

développement de l'embryon s'était arrêté environ à un mois, époque à laquelle l'allantoïde a déjà porté les vaisseaux ombilicaux à la périphérie de l'œuf. Il n'y a donc rien qui s'oppose, théoriquement, à la possibilité d'une rupture d'un de ces vaisseaux qui pourrait avoir comme conséquence la mort de l'œuf ou un trouble de sa nutrition.

Millet (1) est le premier à notre connaissance qui ait admis la possibilité de l'hémorrhagie primitive des vaisseaux ombilicaux dans la partie fœtale du placenta. Pourquoi ne pourrait-il pas se produire une hémorrhagie dans le reste du chorion ? Mais cette question sort déjà des limites de notre travail.

VII. — CONCLUSIONS

De cette rapide étude nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

I. — Il peut se former dans l'utérus des productions polypoïdes aux dépens des parties du produit de conception.

II. — Ces productions peuvent se former aux dépens du placenta, du chorion, de la caduque.

III. — Les manifestations extérieures de ces productions peuvent apparaître à une époque assez éloignée de l'accouchement ou de l'avortement, pour que leur origine soit complètement masquée.

HISTOLOGIE DES VERGETURES (2)

Par **MM. E. Troisier** et **P. Menetrier.**

I

La peau subit au niveau des vergetures une modification de structure qui est essentiellement caractérisée par la distension de ses éléments constituants. Cette modification est rendue définitive

(1) MILLET. *Suppl. à tous les tr. d'accouch.*, 1861. Thèse de Paris.

(2) L'importance de ce mémoire qui a déjà paru dans les *Archives de médecine expérimentale* nous engage à le publier intégralement. Les clichés nous ont été obligeamment prêtés par M. G. Masson.

parce qu'un certain nombre de fibres élastiques du derme sont étirées et rompues, de sorte que le tégument ne peut plus reprendre son état normal. Dans une communication faite à la Société de biologie le 29 octobre 1887 (1), nous avons montré que cette altération du réseau élastique du derme devait être considérée comme la lésion fondamentale de la vergeture, celle qui détermine toutes les autres. Cette altération n'avait pas encore été signalée. De nouvelles recherches, basées sur un plus grand nombre de faits, nous permettent de confirmer cette manière de voir. Nous voulons revenir ici sur ce point et donner en même temps une description générale des lésions de la peau au niveau des vergetures.

Nous avons étudié : 1° les vergetures de la grossesse prises dans les différentes régions où elles se développent (abdomen, cuisses, fesses, seins); 2° les vergetures de la fièvre typhoïde que nous avons recueillies à l'autopsie d'un individu mort fort longtemps après la maladie causale (2); 3° les vergetures qui s'étaient développées chez un phtisique sur le thorax et au-dessus de l'un des genoux (3). Dans tous ces cas les lésions histologiques étaient absolument les mêmes. Aussi croyons-nous que notre description peut s'appliquer à toutes les vergetures, quelle que soit leur origine, qu'il s'agisse de vergetures produites par une tension évidente de la peau (grossesse, tumeur intra-abdominale, ascite, polysarcie, croissance) ou de celles dont la pathogénie n'est pas encore bien établie (fièvre typhoïde (4), phtisie (5).

Voici la technique que nous avons suivie. Les fragments de peau ont été durcis dans l'alcool et les coupes histologiques colorées soit au picro-carmin, soit à l'éosine hématoxylique de Renaut. En outre, pour la démonstration du réseau élastique, nous avons employé de préférence le procédé de Balzer (6), qui consiste à colorer

---

(1) TROISIER et MENETRIER. *Note sur les altérations du réseau élastique de la peau au niveau des vergetures. Soc. biol.*, 1887, p. 593.

(2) Ce fait a été communiqué à la Soc. méd. des hôpitaux. *Bull.*, 1888, p. 291.

(3) Fait communiqué à la Société médicale des hôpitaux. *Bull.*, 1887, p. 400.

(4) Signalées pour la première fois par M. le professeur Bouchard et par M. Manouvriez.

(5) Faits de Thaon, Gimbert, Trossat, Gilbert, Brissaud et le nôtre.

(6) BALZER. *Recherches techniques sur le tissu élastique*, etc., in *Arch. de phys.*, 1882, t, II, p. 315.

les préparations avec une solution alcoolique d'éosine et à les traiter ensuite par la solution de potasse à 40 p. 100; sous l'action de la potasse, toutes les parties du tissu sont détruites à l'exception des éléments élastiques qui sont ainsi isolés et facilement observables dans toutes leurs particularités.

A. Sur des coupes transversales de la vergeture, comprenant toute l'épaisseur de la peau et colorées au picro-carmin, on voit bien les modifications présentées par l'épiderme, les faisceaux lamineux du derme, les vaisseaux, les follicules pileux et les glandes qui peuvent se rencontrer à ce niveau.

a. L'épiderme, partout continu, et notamment sans aucune interruption de la couche de Malpighi, est simplement aminci; il se décolle facilement des tissus sous-jacents, ce qui tient à l'effacement et souvent même à la disparition complète des papilles du derme.

b. Au-dessous, les faisceaux lamineux du derme sont assez régulièrement disposés en bandes parallèles, sensiblement rectilignes et par places dissociés, écartés les uns des autres. Cette apparence tranche nettement avec ce qui se voit au niveau des parties saines avoisinantes.

Le derme est normalement constitué par un feutrage régulier de faisceaux lamineux ondulés, entre-croisés en tous sens, très fins et très serrés vers la surface, plus épais et plus écartés dans la profondeur où ils se continuent avec les gros faisceaux du tissu cellulaire lâche sous-cutané. La lésion de la vergeture est uniquement bornée au derme, et là seulement le feutrage, l'intrication des faisceaux a disparu; par suite de la distension, tous ces faisceaux sont devenus parallèles, se sont désunis, et vraisemblablement rompus ou effilés par places, d'où cette apparence de tissu raréfié que présentent les préparations et que l'on peut constater sur la figure 1. C'est là même ce qui différencie nettement les vergetures des véritables cicatrices de la peau. Lorsqu'on examine au microscope la coupe d'une vieille cicatrice cutanée, consécutive à une plaie linéaire, on peut observer une disposition analogue des faisceaux fibreux de tissu inodulaire; mais ces faisceaux, au lieu d'être amincis et raréfiés, sont toujours denses, épais, intimement soudés les uns aux autres et prennent, sur les préparations traitées par les mêmes réactifs, une coloration plus intense que les parties saines avoisinantes.

c. Au niveau de la vergeture, les vaisseaux (artérioles et veinules) suivent la même direction rectiligne que les faisceaux lamineux. N'ayant pas pratiqué d'injections, nous n'avons pu étudier l'état des capillaires qui, vides de sang en raison de l'anémie habituelle de la peau des cadavres, n'étaient pas apparents sur nos coupes.

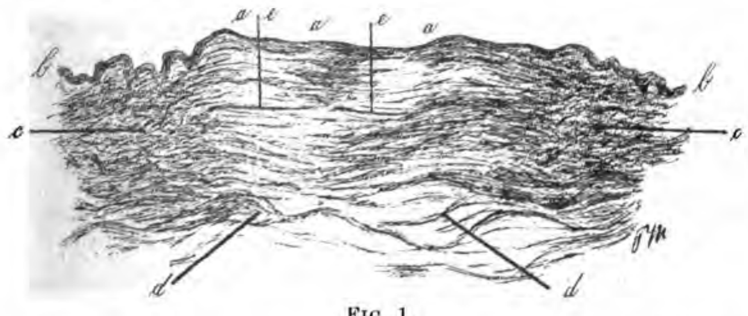


Fig. 1.

a, surface libre de la vergeture ; épiderme aminci à son niveau ; *b*, épiderme de la peau saine ; *c*, derme sain formé par un feutrage serré de faisceaux conjonctifs ; *d*, faisceaux profonds du derme se continuant avec le tissu conjonctif lâche sous-cutané ; *e*, faisceaux lamineux étirés et dissociés au niveau de la vergeture.

d. Enfin parfois nous avons rencontré un follicule pileux au voisinage des parties ainsi modifiées ; il se trouvait légèrement dévié par la traction des faisceaux conjonctifs, mais nullement altéré dans sa structure.

En profondeur la lésion ne dépasse pas l'épaisseur du derme.

Toutes ces altérations se résument en une distension des éléments constituants de la peau, étirés dans un sens perpendiculaire à la direction de la vergeture, c'est-à-dire dans le sens même de l'allongement subi par la peau.

B. Quoique sur les préparations précédentes on puisse déjà juger que le réseau élastique ne présente plus son aspect habituel, on n'en saisit bien les modifications qu'en employant le procédé que nous avons indiqué.

A l'état normal, comme on le voit dans les parties saines, les fibres élastiques sont entre-croisées en tous sens, en un réseau dense et serré dans toute l'épaisseur du derme, réseau plus épais, à fibrilles plus fines au voisinage de la surface et formant des houp-

pes élégantes dans les papilles. Au niveau de la vergeture, elles sont plus rares, très espacées, allongées dans le même sens que les fibres lamineuses ; elles forment quelques faisceaux parallèles et rectilignes laissant entre eux de grands espaces qui en sont totalement dépourvus, ou ne renferment que des fibrilles extrêmement fines. De chaque côté, sur les limites de la vergeture, le tissu élastique paraît plus dense que normalement et renferme un plus grand nombre de fibres ratatinées, contournées sur elles-mêmes en vrille, en tire-bouchon et qui sont très vraisemblable-

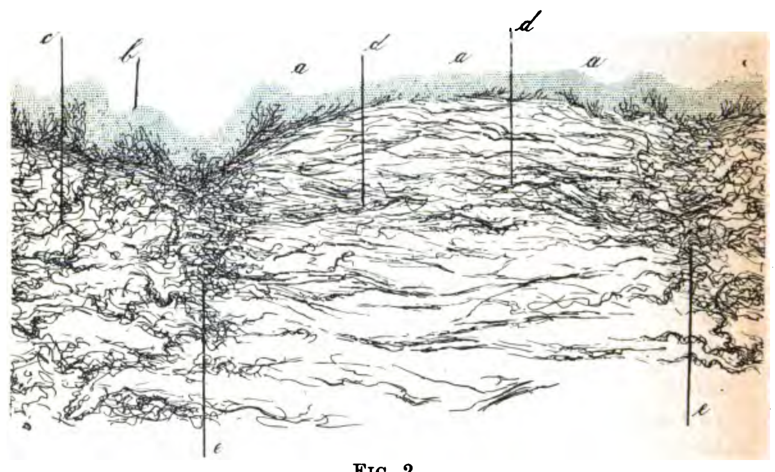


Fig. 2.

a, surface épidermique de la vergeture ; *b*, épiderme de la peau saine ; *c*, réseau élastique normal du derme ; *d*, fibres et fibrilles élastiques étirées au niveau de la vergeture ; *e*, condensation du réseau élastique sur les limites de la vergeture par rétraction des fibres rompues. (D'après le dessin de M. Gruzelle.)

ment des fibres rompues de la région étirée ; la figure 2 montre bien tous ces détails. Ici encore, nous ne trouvons autre chose que des éléments normaux tiraillés, distendus, jusqu'à la rupture.

Nous n'avons dans aucun cas examiné les nerfs de la région atteinte. Nous ne pensons pas d'ailleurs qu'une lésion d'ordre mécanique comme celle que nous venons de décrire, puisse être sous la dépendance d'un trouble trophique d'origine nerveuse (1).

---

(1) Erasmus Wilson. *On Striæ et Maculæ atrophiæ Cutis, or falces Cicatrices of the Skin*, in *Journal of cutaneous Medicine*, 1868, p. 140, admet

Il eût été intéressant d'étudier une vergeture tout à fait au début de sa formation; nous n'en avons pas eu à notre disposition. Il est probable que les fibres lamineuses et les fibres élastiques s'étirent peu à peu, au fur et à mesure que la vergeture s'élargit. Ce que nous pouvons dire, c'est que les vieilles vergetures nacrées présentent absolument la même structure que les vergetures violacées des primipares. A part les modifications vasculaires dont il sera question plus loin, la lésion, une fois constituée, ne subit point de changement.

Peu d'auteurs ont donné une description exacte des altérations anatomiques des vergetures.

Hebra et Kaposi (1), qui les rangent dans les atrophies de la peau et qui les désignent sous le nom de *stries et taches atrophiques de la peau*, ont vu l'effacement des papilles, l'amincissement et l'écartement des faisceaux du derme, mais ils considèrent à tort cette altération comme due à « une résorption » d'une partie du derme.

Pour Küstner (2), la vergeture est une véritable solution de continuité qui siège, non pas dans la couche de Malpighi, comme on l'avait cru avant lui, mais dans les parties plus profondes de la peau. C'est en quelque sorte une craquelure du derme.

Langer (3), qui a fait jusqu'ici la meilleure étude anatomique des vergetures, cherche surtout à réfuter l'opinion de Küstner. Après avoir montré que la couche de Malpighi est réellement intacte, il décrit avec beaucoup de soin la direction transversale des faisceaux conjonctifs du derme, et les compare aux fibres qui réuniraient les deux portions d'une masse de lin incomplètement séparées et il en donne une bonne figure. Il étudie ensuite minutieusement la disposition des vaisseaux et des réseaux vasculaires

---

une variété de vergetures qui reconnaîtrait pour cause une lésion de nerfs cutanés (*striæ neuroticæ*); mais les deux faits qu'il donne à l'appui de cette opinion ne paraissent pas se rapporter aux vergetures vraies que nous étudions ici.

(1) HEBRA et KAPOSI. *Tr. des mal. de la peau*. Tr. Doyon, 1878, t. II, p. 259.

(2) O. KUSTNER. *Zur Anatomie der Graviditätsnarben*, in *Arch. für path. Anat. von Virchow*, B. 67, 1867, p. 210.

(3) LANGER. *Ueber die Textur der sogenannten Graviditäts-Narben*, in *Mediz. Jahrb. von Stricker*, p. 49, 1880.

(après injection). De ses recherches il conclut qu'il n'y a pas une véritable solution de continuité du derme, comme l'a dit Küstner, mais une simple distension de la peau. Mais il n'a pas recherché les altérations du réseau élastique du derme et il n'a pas vu par conséquent le rôle important qu'elles jouent dans la production des vergetures.

II

Un point assez curieux de l'histoire des vergetures est la variété des colorations qu'elles présentent suivant leur âge. Récentes, elles sont rosées, rouges ou violacées, puis elles pâlissent peu à peu et finissent par présenter cet aspect décoloré, d'un blanc nacré, qui les a fait si improprement assimiler aux cicatrices. Diverses explications ont été proposées pour rendre compte de ces variations de couleur. Hebra et Kaposi pensent que la distension de la peau amène la rupture d'un certain nombre de ramuscules vasculaires, d'où l'épanchement d'une petite quantité de sang à ce niveau. Il n'y a pourtant guère de ressemblance entre la couleur d'une vergeture récente et celle d'une hémorrhagie cutanée, d'une tache de purpura par exemple ; en outre on n'observe pas les dégradations de teinte successives par lesquelles passent tous les épanchements sanguins superficiels ; enfin nous n'avons jamais sur nos préparations constaté de semblables hémorrhagies, ni les résidus hématiques qui devraient leur succéder.

Küstner invoque l'amincissement de la peau permettant dans les vergetures récentes de mieux voir le réseau sanguin sous-cutané ; plus tard la condensation progressive du tissu, l'épaississement de la couche cornée de l'épiderme, feraient perdre peu à peu à la vergeture sa transparence primitive.

La coloration rouge des vergetures récentes tient en effet très probablement à l'amincissement de la peau, qui rend plus apparent le réseau sanguin superficiel, et la décoloration ultérieure est sans doute le résultat de l'oblitération progressive des vaisseaux étirés. Des injections très pénétrantes et sur des vergetures d'âges divers seraient nécessaires pour bien élucider ce point en question.

On observe au niveau des vieilles vergetures un froncement ou un plissement transversal de l'épiderme. Cette particularité s'explique facilement ; lorsque la cause de la distension a disparu, l'épiderme est trop large au niveau de la vergeture et il se soulève en formant des plis ou des figures festonnées.

III

Des altérations que nous venons de décrire, la plus importante est certainement celle du réseau élastique. C'est, en effet, le réseau élastique qui forme la trame de soutien du derme, qui lui donne ses propriétés spéciales de résistance et de souplesse, et qui permet à la peau de conserver sa forme, en dépit des actions incessantes auxquelles elle est soumise, tandis que ses autres éléments, épiderme ou faisceaux lamineux, ne jouent qu'un rôle tout passif. Il est donc logique d'admettre que l'altération a débuté par la rupture d'un certain nombre de fibres élastiques, ce qui a favorisé la distension des autres ; la raréfaction du réseau s'explique par le retrait des fibres rompues qui se sont ratatinées de chaque côté de la vergeture. Quant aux faisceaux lamineux et à l'épiderme, sans résistance propre et manquant de leur soutien habituel, ils se sont laissé étirer dans le sens de la rupture des fibres élastiques.

Cette rupture des fibres élastiques est-elle due seulement à la distension de la peau ? N'y aurait-il pas aussi dans quelques cas une altération de structure des fibres élastiques favorisant leur rupture ? Nous ne pouvons rien affirmer à ce sujet, mais nous devons dire que dans les faits que nous avons étudiés nous n'avons constaté aucune modification appréciable de la structure des fibres élastiques.

La vergeture consiste donc en une élongation, sur un point circonscrit, des éléments constituants de la peau, avec rupture de quelques-uns de ces éléments ; c'est pour cela que la peau est plus ou moins amincie à ce niveau. Nous ne voyons là qu'une lésion purement mécanique, sans trace de processus atrophique ou inflammatoire, et par conséquent nous ne saurions considérer les vergetures comme une atrophie cutanée, ainsi que le veulent Hebra et Kaposi, Er. Wilson (1), etc., et pas davantage comme une cicatrice. On s'explique aisément qu'une telle lésion une fois constituée soit indélébile.

---

(1) Er. Wilson. *Loc. cit.*, et *On Diseases of the Skin*. 5the Ed., p. 404. Er. Wilson les désigne sous le nom de *Striæ atrophiæ* et de *linear atrophy*.

Nous devons dire que le mot vergeture n'a d'équivalent ni en anglais ni en allemand.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 14 *février* 1889.

Présentation : Richelot. Au nom de M. le Dr Vesseaux (Montbéliard), un **monstre fœtal** provenant d'une grossesse gémellaire : ce monstre est représenté par une boule ovoïde, sans trace de membres, avec des vestiges d'yeux, de nez et de bouche. On lui trouve de petites fossettes à la place des oreilles, à l'autre extrémité, il offre une légère dépression anale et un rudiment d'organes génitaux.

M. Pajot, **fait une dernière réponse à propos du curettage de l'utérus.**

Porak. a) **A propos d'un cas de rupture prématurée de la poche des eaux.** — Une dame B..., âgée de 25 ans, qui a déjà mis au monde 2 enfants, entre en travail le 24 décembre 1888, un mois environ avant le terme normal de cette 3e grossesse. Dans la soirée, ce même jour, *écoulement subit d'une grande quantité d'eau.* Or, quand la dilatation fut complète, M. Porak constata, nettement, au devant de la partie fœtale qui se présentait, une poche des eaux, poche qui était formée par l'amnios. Car, l'ayant rompue, il n'y avait pas en arrière d'elle de seconde poche. D'ailleurs, l'abondance du liquide qui s'était écoulé primitivement, et la brusquerie avec laquelle cet écoulement s'était fait témoignaient en faveur de l'idée que les membranes avaient été réellement rompues, et que l'issue du liquide ne devait pas être rapportée à une exsudation survenue à travers les membranes décollées.

L'accouchement se termina par l'expulsion d'un enfant qui pesait 2880 gr., et qui présentait un circulaire du cordon autour du cou.

Délivrance normale.

Quant à l'arrière-faix, il présentait une disposition spéciale, à laquelle l'auteur rapporte la rupture prématurée des membranes ; voici ce qu'il en dit :

« Le placenta avait des dimensions moyennes, le chorion et la caduque étaient décollés sur presque toute l'étendue de l'amnios

et manquaient par places. Le cordon était inséré à 3 ou 4 centim. du bord du placenta. Un repli de l'amnios constituait un méso-cordon, qui se terminait en pointe à 15 cent. à peu près au-dessus du placenta sur le cordon. La base de ce méso-cordon s'étendait de l'insertion du cordon jusqu'au delà du bord du placenta. En ce point extérieur, on constatait une petite ouverture ayant moins d'un cent. de diamètre. A 3 cent. au-dessous, on apercevait une autre ouverture à bords irréguliers plus étendue, pouvant mesurer à peu près 2 cent. de diamètre.

« Le circulaire du cordon pouvait constituer une brièveté relative de cet organe, et tout mouvement de l'enfant pouvait rendre cette brièveté plus manifeste, et exercer des tractions plus ou moins marquées sur le méso-cordon. »

De là, déchirures, et, consécutivement, le décollement de l'amnios et du chorion, et l'écoulement du liquide amniotique.

Discussion : DUMONTPALLIER, PORAK, GUÉNIOT.

b) **Cas de fibrome, à accroissement rapide, durant la grossesse, et ayant compliqué le travail.** — Femme âgée de 36 ans, primipare. Durant les 6 premiers mois environ, évolution régulière de la grossesse. A cette époque, la femme ressent des douleurs dans le ventre. Sa sage-femme provoque une consultation, et la femme est vue par MM. CHARPENTIER, GUÉNIOT et DOLÉRIS. On constate en avant et à droite de l'utérus, une tumeur qui présente une *pseudo-fluctuation* et au sujet de laquelle les avis sont un peu divergents. Charpentier et Guéniot inclinent à croire qu'il s'agit d'un fibrome, Doléris d'une tumeur kystique. Plusieurs ponctions sont faites et donnent des résultats négatifs.

La femme entre à St-Louis dans le service de M. Porak.

Examen le 12 décembre. La grossesse vient d'entrer dans le neuvième mois. Le fond de l'utérus est à quelques travers de doigt de l'appendice xiphoïde. Au devant et à droite, vaste tumeur, souple, *presque fluctuante*, dont le grand axe, dirigé du point d'intersection d'une horizontale passant par l'ombilic, et d'une verticale élevée de l'épine I. D. A. S. et aboutissant à l'éminence iléo-pectinée gauche, mesure 28 cent. ; le petit axe allant de l'ombilic au milieu du bord supérieur de l'os iliaque mesure 20 cent.

Le 9 janvier, les dimensions correspondantes de ces deux axes étaient de 33 cent. et de 22 cent.

Le 15 janvier, à terme et vers 2 heures de l'après-midi, début

des douleurs. Dans la soirée, rupture spontanée des membranes, et procidence du cordon, qui résiste à toutes les tentatives de réduction.

Avant que la dilatation se soit accomplie, on constate la cessation des doubles battements fœtaux. Aussi, dès que cette dilatation le permet, procède-t-on à la terminaison de l'accouchement, pour laquelle on emploie successivement le basiotribe du professeur Tarnier et le cranioclaste.

Suites de couches: relativement très bonnes jusqu'au neuvième jour. Ce jour-là la températnre était de 37°,2, le pouls battait 88 à la minute. Ainsi les conditions générales paraissent très satisfaisantes, quand tout à coup, l'accouchée fut prise d'une dyspnée intense ; elle succomba en quelques minutes.

L'autopsie, qui ne put être complète, permit toutefois de constater *dans l'artère pulmonaire un caillot vermiforme, arrondi, terminé en pointe, fibrino-globulaire, qui s'étendait du ventricule droit du cœur jusqu'à la bifurcation de l'artère pulmonaire.*

Discussion : CHARPENTIER donne quelques renseignements rétrospectifs, SCHWARTZ rappelle que M. Bastard, dans sa thèse, (1880), a signalé les thromboses dans les corps fibreux, et DUMONTPALLIER que Duguet a également montré la possibilité de coagulations veineuses dans les cas de corps fibreux et que Velpeau, 26 ans auparavant, présenta à l'Institut un cas d'embolie pulmonaire chez une vieille femme qui avait eu des varices. GUÉNIOT tient à noter, au point de vue obététrical, que, comme d'ailleurs le fait a été constaté dans d'autres cas, *l'accouchement s'est fait normalement, la tumeur s'étant déplacée au moment du travail.*

DOLÉRIS dépose plusieurs planches concernant les sujets suivants : *Sur un procédé nouveau de colpo-périnéorraphie. — Suture en échelle dans la fistule vésico-vaginale. — Raccourcissement du ligament rond. — Fixation ventrale de l'utérus.*

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

Séance du 5 *décembre* 1888.

Présentations : CULLINGWORTH.— **Fœtus, placenta et portion de la paroi kystique.**

HERMAN. **Des effets de la glycérine sur la quantité du liquide écoulé dans le vagin.** — L'opinion très répandue, bien que non universellement reconnue, que l'application locale de la glycérine détermine dans le vagin une exsudation séreuse, est-elle justifiée ou incorrecte? Pour résoudre la question, l'auteur a fait une série de recherches, dans lesquelles il s'est servi de bourdonnets de coton imbibés de glycérine, et de pessaires faits d'une association de gélatine et de glycérine. Il a, pour éviter les causes d'erreur, évalué la quantité de glycérine employée; le poids de la décharge liquide qui s'opérait ensuite par le vagin, et celui de l'écoulement qui se faisait chez la même malade alors qu'elle n'était pas soumise aux applications de glycérine. De l'analyse des chiffres obtenus, il a déduit les conclusions suivantes: 1) *Quand les liquides extravasés dans le vagin ne sont pas abondants, la glycérine les augmente;* 2) *Quand ces liquides sont déjà abondants, la glycérine ne les augmente pas.*

Discussion : CHAMPNEYS, GRIFFITH, B. HICKS, HERMAN.

LOCKWOOD. **L'auteur lit un travail sur un cas d'oblitération du canal médullaire chez un embryon humain.** — Cette maladie serait, suivant les uns, la conséquence d'un excès; suivant les autres, d'un défaut de développement. Elle est dans le cas actuel limitée à la portion dorsale, portion qui se développe aux dépens de l'ectoderme. Or, cette région, située immédiatement auprès de la paroi utérine, se trouve, alors qu'elle n'est pas encore protégée par le liquide amniotique, soumise à des influences extérieures. Aussi, les gynécologistes peuvent-ils imaginer des conditions spéciales de la paroi utérine, qui exercent sur l'ectoderme une action défavorable.

Discussion : M. DORAN, LOCKWOOD.

Herman lit une observation ayant surtout pour but de montrer les **suites d'une affection brightique gravidique**. La femme âgée de 21 ans, était accouchée le 18 avril 1887, à 7 mois de grossesse, environ. Les phénomènes brightiques s'étaient montrés à peu près deux mois auparavant. L'accouchée quitta l'hôpital 3 semaines après l'accouchement. Après son départ de l'hôpital, son état empira. Elle mourut le 26 janvier 1888, d'un œdème aigu du larynx et de la langue. Les reins étaient granuleux, se décortiquèrent facilement, et pesaient 120 grammes.

CULLINGWORTH. **Grossesse extra-utérine; laparotomie huit mois**

après la mort du fœtus ; sac formé par la trompe gauche et le ligament large gauche ; guérison. — Femme âgée de 27 ans, son dernier accouchement datant de 5 ans. En avril 1887, elle a ses dernières règles. En juillet, elle sent remuer, et continue à grossir et à sentir les mouvements du fœtus jusqu'en décembre. A cette époque, elle éprouve, une heure durant, des douleurs d'enfantement. Puis, les mouvement fœtaux ne sont plus perçus, et le ventre diminue de volume. Six mois plus tard, elle entre à l'hôpital, et y subit la laparotomie. On trouve une tumeur située en arrière de l'utérus ; un fœtus de 8 mois contenu dans un sac constitué par la trompe gauche et le ligament large correspondant. Le liquide amniotique et le cordon ombilical ont disparu. Le placenta, qui est inséré en avant, est extrait sans hémorrhagie. Le fœtus adhère étroitement à la paroi du sac. On l'enlève ainsi qu'une portion de ce dernier. L'autre portion est suturée à la plaie abdominale. Drainage et *guérison parfaite*.

Discussion : GRIFFITH, HERMAN, CHAMPNEYS, W. DUNCAN, PLAYFAIR, CULLINGWORTH. (*Brit. med. J.*, décembre 1888.)

D[r] R. LABUSQUIÈRE.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE NEW-YORK

Séance du 6 *novembre* 1888.

PRÉSIDENCE DE HANKS

COE présente au nom de HUNTER les pièces d'un **fibrome utérin dégénéré en cancer, carcinome secondaire des poumons.** La malade, célibataire, âgée de 52 ans, n'accuse aucun antécédent héréditaire. Ménopause à 47 ans ; perte depuis sept mois.

A l'autopsie on ne trouve plus d'utérus, ni d'annexes, le col seul reste ; la maladie n'a pas atteint les organes voisins. Le sein est squirrheux.

MURRAY et BYRNE remarquent la rareté du cancer primitif de l'utérus.

MURRAY présente un **pessaire intra-utérin** fait avec une sonde coupée ; le bord de la section était tranchant ; il avait blessé l'utérus et causé une endométrite septique.

H. M. SIMS. **Calcification de l'ovaire, fibrome utérin** (pièce). — Sims

a fait l'ablation de l'ovaire gauche, mais n'a pas pu trouver le droit. L'opérée s'est rapidement guérie. L'utérus mesurait 13 centim. 9.

GRANDIN demande s'il n'aurait pas mieux valu, vu l'âge de la malade (38 ans), curer soigneusement l'utérus.

SIMS répond qu'il n'est pas un adversaire du curage; mais qu'il préfère l'opération radicale, lorsque les malades l'acceptent.

CLEVELAND. **Tige de verre pour la trachélorrhaphie.** — L'auteur emploie ce petit instrument plutôt que les tampons d'ouate ou de gaze, après la trachélorrhaphie. Il le fixe par un point de suture.

SIMS a fait souvent cette opération ; il l'appelle *exsection* du col ; il place toujours dans le col, une tige de vulcanite non perforée. Quel que soit le calibre de la tige, elle ne draine pas ; il est inutile aussi de tracer une cannelure sur le long de la tige. Les sécrétions s'échappent aisément.

CLEVELAND. — Le Dr Sims m'a mal compris. L'emploi de la tige n'a pour but que de maintenir le col cuvert.

G. E. ABBOTT. **Bandage de gaze.** — L'auteur emploie la même gaze qui sert de moustiquaire, elle est solide, permet la circulation de l'air, ce qui évite la production de la chaleur, dont les femmes se plaignent, et s'oppose à la distension gazeuse de l'abdomen.

R. A. MURRAY. **Grossesse et travail compliqués par les maladies cardiaques.** — L'auteur est surpris qu'on ait si peu écrit sur ce sujet. Il raconte l'histoire d'une femme qu'il a accouchée. Elle avait une dyspnée intense, de la cyanose, de l'œdème des extrémités inférieures, et s'évanouissait souvent. Les poumons étaient œdématiés, le ventricule gauche dilaté.

La digitale en teinture et en infusion lui fit du bien; mais le travail, qui commença le 7 février, détruisit toute l'amélioration obtenue : à chaque douleur, le cœur paraissait devoir s'arrêter.

Lorsque la dilatation fut suffisante, Murray rompit la poche, — il s'écoula beaucoup d'eau, — et appliqua le forceps. Le périnée fut un peu déchiré, et suturé aussitôt.

L'accouchée perdit pas mal de sang. Précautions antiseptiques.

Le troisième jour, la malade, sans élévation de température, eut le pouls à 145. Les poumons s'œdématièrent davantage. Murray dut faire placer des ventouses sèches, et faire des injections *de* 15 *gouttes de teinture de digitale, toutes les* 20 *minutes*. Cinq mois après, la malade mourut d'un œdème des poumons.

Murray cite aussi le cas d'une demoiselle qui avait une endocardite, et qu'il empêcha pendant quelques années de se marier. Elle se marie néanmoins à 25 ans et devint bientôt enceinte; son urine renfermait de l'albumine.

D'accord avec le Dr W. R. Gillette, Murray provoqua l'avortement au 5me mois. La malade mourut, malgré cette intervention, peu d'heures après avoir accouché.

Enfin Murray rapporte un cas d'obstruction aortique, avec hypertrophie et dilatation cardiaque compliquant la grossesse. Cette malade fut accouchée avec le forceps, et se remit.

Murray a noté les faits suivants :

1° L'œdème des parties inférieures paraît bien avant que le poids de l'utérus puisse en être la cause. La tension artérielle (Spiegelberg) produit une suffocation fort pénible.

Les malades ont une tendance accusée à l'hémoptysie, surtout au début de la grossesse.

2° La toux est fatigante au début, elle est due sans doute à la pléthore artérielle; plus tard, à l'engorgement chronique des poumons, causé par l'insuffisance. Cette toux, à elle seule, et à part de l'œdème pulmonaire et de l'empoisonnement carbonique qui en résulte, peut causer l'accouchement prématuré.

3° Les hémorrhagies utérines et l'avortement sont assez fréquents Les cardiaques ont des règles profuses. Murray croit que leur infécondité est due au fait que l'œuf fécondé est *balayé* par l'écoulement menstruel suivant. L'apoplexie placentaire est fréquente, et le placenta se détache plus facilement que dans les avortements dépendant d'une autre cause.

L'hémorrhagie *post partum* est fréquente aussi; elle a cédé aux injections hypodermiques de digitale, et à l'administration de l'ergot dans un cas sérieux, observé par Murray.

4° Le liquide amniotique est abondant. L'albuminurie s'observe le plus souvent. L'accouchement ne termine pas la période dangereuse; le cœur s'accoutume difficilement aux changements organiques puerpéraux. L'œdème pulmonaire vient souvent mettre un terme à la vie de l'accouchée.

Murray cite les statistiques mortuaires de Porak (Charpentier, *Accouchements*) et de Duroziez.

Traitement. — Repos, liberté du ventre, fer, toniques, stry-

chnine, digitale, bitartrate de potasse, strophantus ; pas d'eaux minérales alcalines.

Il faut accélérer l'accouchement. Le chloroforme affaiblit l'action cardiaque, et l'éther prédispose à l'œdème pulmonaire.

La saignée a un effet immédiat utile, mais elle fluidifie le sang (Niemeyer) et augmente la transsudation.

Après l'accouchement, il faut continuer le traitement du cœur, puis éviter la grossesse.

Mc Lean emploie les dilatateurs de Barnes pour accélérer la dilatation.

Coe a observé une grande irritabilité du cœur, après l'enlèvement des grosses tumeurs abdominales, il l'attribue au trouble amené dans la circulation par la suppression de la tumeur ; c'est ce qui explique les morts observées par Jewett après l'accouchement.

Von Ramdohr croit, comme Winckel, que l'accouchement prématuré artificiel présente plus de dangers que d'avantages, sauf dans les cas urgents d'œdème pulmonaire.

Dudley croit que les complications cardiaques ne sont pas dues à la perte du sang, mais plutôt à la pression veineuse causée par la suppression de la pression abdominale, qui cesse lorsqu'on a enlevé la tumeur, — ou lorsque l'utérus s'est vidé — et qui permet à la sérosité de retourner vers le cœur, et cause l'œdème.

Morrill a vu une femme qu'il a dû accoucher avec le forceps, dans la station presque verticale, à cause d'une maladie du cœur et d'un œdème des poumons. Elle succomba peu après à une rechute de l'œdème.

Sims, Grandin, Hanks et Mc Lean citent des cas semblables.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PHILADELPHIE

Séance du 4 octobre 1888.

PRÉSIDENCE DE T. M. DRYSDALE

J. Price. **Chirurgie abdominale. Enlèvement des annexes pour salpingite chronique,** d'un côté 1 fois, des deux côtés, 7 fois, double cystome ovarique, 3 fois, avec hydrosalpinx, 1 fois. *Myôme uté-*

rin 1; *fibrome utérin*, 2; *pyosalpinx double*, 2; avec abcès ovarique unilatéral, 1; avec péritonite et double cystome ovarique, 2; *pyosalpinx unilatéral*, 6; avec péritonite puerpérale, 1; avec abcès ovarique, 2; avec kyste ovarique unilatéral, 1; avec kyste ovarique suppuré, kyste du ligament large, 1. *Double hydrosalpinx*, 1; *hydrosalpinx unilatéral*, et kyste ovarique 1; avec kyste de l'ovaire et du ligament large, 1. *Kyste dermoïde double* avec péritonite générale, 1. Kyste dermoïde unilatéral avec péritonite purulente, 1; avec kyste de l'autre côté, 1. Kyste ovarique simple, 6; avec salpingite, 1. *Double kyste ovarique*, et double salpingite, 1; avec fibrome utérin, 1. Grossesse extra-utérine, 4; avec kyste de l'autre côté, 2; avec abcès d'un ovaire et kyste colloïde de l'autre, 1; tuberculose miliaire des annexes, 1. Papillome et kyste ovarique crevé, 1. *Hystérectomie*, pour fibrome utérin, 1; pour sarcome utérin et intestinal, 3. Exploration et drainage, 2. Résection de l'intestin pour un carcinome intestinal étendu aux parois de l'abdomen, 1. Obstruction intestinale, 3. Sarcome splénique, 1. Abcès pelvien, 1. Péritonite puerpérale, résection de l'épiploon, 1. Ulcère typhique perforant, 1. Hernie centrale, 1. Total, 65.

J. M. Baldy est partisan de l'opération hâtive dans les cas de maladie de la trompe.

M. Price croit que les inflammations pelviennes commencent dans les trompes.

Th. Parvin. **Grossesse extra-utérine.**— Opération faite par L. Tait, en août. Le kyste avait crevé 2 jours avant l'opération, alors que la grossesse n'avait que 6 ou 7 semaines. L'opérée n'a jamais eu plus de 37°,78 de température.

Parvin. **Forceps à traction dans l'axe de Stephenson, d'Aberdeen,** crochet **flexible mousse**, de Delore; **curette de Pajot**; **écouvillon**, de Doléris; **sonde pour lavages** utérins de Mathieu.

B. F. Baer. **Cystome ovarique multiloculaire**, pesant 90 livres. L'opérée s'est rétablie.

M. Price: **Pyosalpinx, rupture.**— La malade, qui niait d'autre grossesse, avait néanmoins une rétention du placenta, cet organe était putride. Des irrigations antiseptiques lui firent du bien. Price, reconnaissant l'état des trompes, insista pour opérer; la malade refusa d'abord; elle succomba, 12 heures après l'opération.

Parish raconte un cas où Longaker a trouvé les trompes à peu

près saines; mais il y avait du pus au-dessous du détroit supérieur. Une incision faite au niveau du ligament de Poupart lui donna issue.

BALDY est partisan sans restriction de la laparotomie dans les abcès pelviens.

J. PRICE n'a jamais vu un abcès pelvien qui ne trouvât sa cause dans une maladie tubaire.

B. C. HIRST. **Monstre exencéphalique, monstre anencéphalique; fœtus papyracé.** — Ce fœtus a été écrasé par son jumeau.

HIRST. **Modification du cranioclaste de Braun.** — C'est un cranioclaste pourvu d'une courbure pelvienne, et auquel on peut ajouter des branches de traction.

J. PRICE parle d'un instrument qu'il a fait construire; c'est une sorte de cranioclaste dont une des branches sert de perforateur.

PARVIN, J. HOFFMAN et BERNARDY prennent part à la discussion.

W. J. TAYLOR. **Trois myômes utérins** enlevés le même jour, chez la même femme qui était enceinte.

KEEN dit que le cas était embarrassant, et que l'opération a été malaisée.

PARVIN, HIRST, PARISH, J. PRICE, HOFFMAN et BAER ajoutent quelques observations sur ces cas.

Séance du 1er *novembre* 1888.

PRÉSIDENCE DE DRYSDALE

L. J. HAMMOND. **Pyosalpinx.** — Laparotomie; la température, après l'opération, n'a jamais dépassé 37°,50.

BALDY fait remarquer que la formation du pus a été primitive, dans ce cas, quoiqu'on ait dit qu'elle est toujours secondaire.

BAER, qui se croit coupable de cette affirmation, a voulu dire, l'année dernière, que la formation du pus dans les trompes est rarement primitive.

GEORGES BOYD. **Kyste ovarique multiloculaire.** — La malade, malgré sa tumeur, accoucha aisément d'un enfant de 8 livres. Elle fut opérée au bout de deux mois, pendant l'allaitement, la température ne dépassa jamais 37°,12.

GOODELL. **Kystes intraligamentaires.** — Malade syphilitique.

Ovaire contenant deux abcès. — La malade, âgée de 22 ans, ne semble pas avoir eu de péritonite ; cependant le bassin était traversé par des bandes d'adhérences fortement tendues.

B. F. BAER. **Kyste enlevé par énucléation.** — Ce kyste a été ponctionné 7 fois en 3 ans. Il était adhérent de tous les côtés.

B. C. HIRST. **Kyste intra-ligamentaire.** — L'opérée succomba au bout de 5 jours. La tumeur est papillomateuse.

HARRIS parle de la mort du Dr Émeline Cleveland, causée par un ulcère syphilitique, contracté dans une ovariotomie.

J. PRICE attribue au pus *vivant* des propriétés particulièrement virulentes.

HIRST. **Six cas de manie puerpérale.** — L'auteur a vu 6 cas en 13 mois, ce qui est surprenant, car la statistique de F. Barkler ne donne que 1 cas sur 400 accouchements.

4 des mères étaient filles, 4 étaient violentes, 4 absolument indifférentes ; 3 ont retrouvé leur raison ; 2 semblent définitivement folles ; 1 est morte de septicémie.

La cause de la folie, dans un des cas, semble avoir été la crainte de la suture périnéale.

JOSEPH PRICE. **Spécimens d'ovaires et de trompes.** — L'une des pièces est placée dans l'eau, ce qui permet de bien voir les adhé rences.

La seconde est constituée par un hématosalpinx.

La troisième est un péritoine couvert de nodosités.

GOODELL croit que ce sont des papillomes.

DRYSDALE qui a vu la pièce fraîche, le croit aussi.

BAER rapporte un cas qu'on aurait pu prendre pour une salpingite purulente. La malade avait pris des précautions pour ne pas devenir enceinte. Puis, elle désira d'être mère. Elle subit un traitement complexe, y compris l'électrisation, et elle eut 2 enfants. Baer est heureux de ne pas l'avoir privée de ses trompes et de ses ovaires.

H. A. KELLY a vu souvent de légères adhésions utérines et ovariques, céder à un traitement non opératoire.

JOSEPH PRICE est heureux d'entendre quelques voix s'élever contre l'ablation des ovaires sains.

Mais les cas de maladie chronique du pavillon, qu'il a montrés, ne pouvaient être traités que par une opération.

MONTGOMERY. **Hystérectomie vaginale.** — La malade, âgée de

40 ans, a avorté plusieurs fois. Dans les 6 dernières années, elle a eu de fréquentes hémorrhagies. Le microscope a fait reconnaître un épithélioma.

La température ne dépassa pas 37°,78.

MONTGOMERY. **Hystérectomie sus-vaginale**. — Le D[r] Srittmatter avait reconnu un fibrome qui causait des hémorrhagies.

Le deuxième jour après l'opération la température atteignit 40°. L'application de la gaze phéniquée la fit descendre à 37°,22.

MONTGOMERY. **Grossesse tubaire**. (Pour le D[r] Nock.) — Lorsque Nock la vit, la température était 34°,44, la malade était exsangue. Dans cet état Nock n'osa pas faire la laparotomie, et la malade mourut. L'abdomen était rempli de caillots. La présence d'un petit fœtus de 7 à 8 semaines dans son sac entier, confirma le diagnostic : grossesse tubaire ; la trompe était crevée, à égale distance de l'ovaire et de l'utérus, et contenait encore le placenta.

MONTGOMERY. **Clamp pour le ligament large dans l'hystérectomie vaginale**. — Les branches restent toujours parallèles.

GOODELL regrette de ne pas avoir avec lui le clamp de Doléris, semblable à celui de M..., mais pourvu d'une articulation semblable à celle du forceps.

H. A. KELLY. **Sondes en verre**. — K. les préfère à celles de métal.

KELLY. **Écusson féminin**. — Kelly appelle ainsi la distribution des poils sur la vulve, et le pénil, à laquelle il attache beaucoup d'importance, au point de vue de la détermination du sexe.

DRYSDALE ne partage pas l'opinion de Kelly.

GOODELL rappelle que Caspar, dans son traité de médecine légale, a traité cette question. Goodell ne comprend pas l'utilité des poils du mont de Vénus.

Les mahométans épilent le pubis.

SCHOEMAKER a vu les poils des parties génitales s'étendre jusqu'à l'ombilic, chez la femme comme chez l'homme.

STEWART dit que les Indiens s'épilent le pubis et ne le rasent pas. Les poils pubiens protègent la vulve comme le font les sourcils et les cils pour les yeux (1).

(1) Les ouvertures naturelles sont entourées de poils plus ou moins longs et plus ou moins fournis. Le pourtour des dépressions en « cul-de-poule » laissées par des abcès à longue suppuration est aussi souvent entouré de poils. Il semble que tout orifice persistant doit avoir son bouquet de poils. (A. C.)

SOCIÉTÉ GYNÉCOLOGIQUE DE CHICAGO

Séance du 28 septembre 1888.

PRÉSIDENCE DE H. T. BYFORD

W. W. JAGGARD parle de sondes pour le lavage de l'utérus, il donne la préférence à celle de Bozeman (connue en Suisse sous le nom de Fritsch, elle a la double courbure de la sonde d'Ad. Olivier et est composée de deux tubes concentriques).

H. T. BYFORD. — **Drains à demeure dans les abcès pelviens ouverts dans le rectum.**— Ces tubes sont en métal; leur courbe intérieure est un demi-cercle, et leur courbe extérieure est un arc de 90°.

Pince pour le pédicule dans l'hystérectomie vaginale, dont les deux extrémités sont courbées en sens inverse.

Modification au porte-aiguille de Sims. Papillome du ligament large infiltré de tubercules. — L'opérée est guérie.

Sarcome alvéolaire de l'utérus, 2 cas. — L'auteur a vu 4 cas de ce genre. Une de ces opérées est guérie, l'autre a succombé.

Sarcome de l'ovaire, sans adhérences.

JAGGARD regrette, vu la rareté du sarcome ovarique, que le président n'ait pas apporté la pièce, pour qu'on puisse l'examiner au microscope.

J. FRANK. **Calcul vésical, ayant pour noyau un fil de *silk-worm* placé dans la cloison vésico-vaginale.** — La fistule qui a exigé la suture a été causée par un accouchement lent; Frank a extrait le calcul par le vagin, incisant dans la cicatrice et refait la suture quelque temps plus tard.

A. P. NEWMAN. — **Opération d'Alexander.**

Historique complet de la question. Sept morts sur sept opérations. Dans le cas V. Newman a fait la suture du col et du périnée. Il cite Doléris (*Trans. of Am. Gyn. Soc.*, XII, p. 499).

JAGGARD, sans rejeter absolument cette opération, veut qu'on ne la fasse que dans les cas où tous les autres moyens ont réellement échoué.

J. FRANK, lui aussi, a confiance dans les pessaires.

H. T. BYFORD, qui a fait 21 fois cette opération, croit encore à son efficacité. Il opère pourtant moins souvent. Il a eu un cas où, à la suite de l'opération, la malade a eu une hernie inguinale. Les symptômes ne disparaissent pas toujours immédiatement.

NEWMANN croit que 300 cas seulement ont été rapportés, en Écosse et en Amérique.

JAGGARD (de Battle-Creek).—Kellogg lui seul, a fait cette opération 64 fois.

Séance du 19 *octobre* 1888

H. T. BYFORD, président. **Un cas de laparotomie et de colpotomie.** — 27 cas de laparotomie, mortalité 17 0/0 et 21 de colpotomie sans une mort, 2 morts par hémorrhagie, 3 par épuisement, 1 par obstruction intestinale, 1 par faiblesse cardiaque.

Pour préparer la malade, Byford lui donne 36 centigr. de masse de pilule bleue, puis un lavement salin glycériné; après l'opération il préfère les purgatifs salins. Il ne donne pas de morphine, mais combat la douleur par les aromatiques (sans doute les carminatifs) le tube rectal, et les lavements d'eau et de glycérine.

Il semble que Byford n'attribue la douleur qu'au tympanisme.

CHARLES T. PARKES est élu président.

A. CORDES.

REVUE DES JOURNAUX

De la castration pratiquée par suite de l'existence d'ovaires fonctionnant alors qu'il y avait un développement incomplet des canaux de Müller. (Zur Castration wegen functionirender ovarien bei rudimentärer Entwickelung der Müller'schen Gänge). — M. STRAUCH. Les canaux de Müller peuvent s'arrêter à n'importe quel stade de leur développement. Aussi les malformations qui résultent de ces anomalies d'évolution sont-elles fort nombreuses. Mais, de toutes, la plus rare consiste dans l'absence complète de la matrice et des trompes, le vagin étant normal ou à peu près normal. Les phénomènes douloureux qui s'associent à ces conditions particulières font leur apparition au moment de la puberté ou plus tardivement.

Reconnaissant comme facteurs étiologiques l'ovulation ou une accumulation de sang dans les conduits de Müller, ils peuvent entraîner des interventions chirurgicales graves.

L'auteur a eu l'occasion de pratiquer la laparotomie pour 2 cas

graves de ce genre, voici la relation *in extenso* qu'il donne de la première :

Obs. I. — Proskowja Miroschenko, au cours de ma tournée dans le Caucase, me fut montrée par le Dr Vogel. Elle est âgée de 24 ans et issue de parents sains ; deux de ses sœurs sont mariées et ont accouché plusieurs fois. Jusqu'à 17 ans, elle a toujours été bien portante. Pour la 1re fois, à cette époque, elle ressentit de vives douleurs dans la région hypogastrique, douleurs qui reparaissaient chaque mois et duraient 3-4 jours. Sous l'influence du molimen menstruel, elle tombait dans un état de délire. Allant de médecin en médecin, elle n'avait retiré de soulagement, encore était-il transitoire, que de l'emploi des narcotiques.

Depuis 2 ans, il s'est établi une menstruation vicarienne qui, à la vérité, ne se manifeste pas tous les mois, et qui se traduit par des hémorrhagies s'effectuant par la bouche, le nez, l'intestin. Depuis plusieurs années, M... est adonnée aux actes sexuels qui lui procurent des sensations voluptueuses très vives.

État actuel. — Femme blonde, maigre, de stature moyenne, aspect féminin, voix féminine. Mamelles bien développées, pendantes. Mamelon érectile, aréole mammaire à coloration sombre. Bassin normal, féminin. Saillie du ventre, dans la station verticale, peu accusée. Hernie inguinale gauche, de la grosseur environ d'une noix, très facilement réductible. Pigmentation de la ligne blanche à peine appréciable. Mont de Vénus pauvre en pannicule adipeux, mais couvert de poils nombreux, qui s'arrêtent suivant une ligne horizontale, caractère qui distingue toujours la disposition des poils de cette région chez la femme de celle qui existe chez l'homme.

Grandes lèvres pauvres en graisse ; petites, normales ; clitoris pourvu d'un prépuce normal et bien développé. Méat urinaire, occupant sa situation normale, très large et facilement dilatable, au point qu'on introduit, avec facilité, le petit doigt jusque dans la vessie. Longueur du périnée 2 cent. La région qui, dans l'état normal, correspond à l'entrée du vagin, est complètement obturée par une muqueuse, à surface inégale et rouge. Elle donne l'impression d'un hymen imperforé. Elle paraît humide, et se laisse déprimer jusqu'à 6 cent. sans que cela cause la moindre douleur à la femme. Le doigt explorateur ne rencontre rien qui rappelle l'utérus. A travers la paroi abdominale relativement mince, et

par le palper abdominal combiné avec le toucher rectal, on se rend nettement compte des particularités anatomiques du cas. A 8 cent. environ de l'anus, et cheminant à travers le petit bassin suivant une direction transversale, on perçoit un cordon cylindrique, ayant l'épaisseur d'un crayon. Il est plus rapproché de la symphyse que du promontoire ; il est très mobile et, sur les côtés, on peut le suivre jusqu'à la ligne innominée. Sur son trajet, on ne distingue aucune tuméfaction. Ayant eu l'occasion d'examiner cette femme avant, pendant et après le molimen menstruel, j'ai constaté que ce cordon ne subit pas de modifications, que son épaisseur reste invariable, ce qui permet de conclure qu'il ne devient pas le siège d'accumulations de sang. A chacune de ses extrémités, on perçoit un corps de la grosseur d'une noix qui, par sa forme et son volume, paraît nettement être l'ovaire. La palpation de cet organe est très douloureuse, et la femme déclare, avec la plus grande assurance, que c'est de là que partent les douleurs qu'elle ressent chaque mois. Une sonde épaisse étant introduite dans la vessie, on la perçoit par le toucher rectal, et l'on se rend parfaitement compte qu'intestin et vessie sont en contact immédiat, qu'il n'y a interposition entre les deux organes ni d'un vagin ni d'un utérus.

L'examen pratiqué de nouveau dans la narcose chloroformique n'apprit rien de plus ; *diagnostic* : ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT DU CONDUIT DE MULLER, absence de cette portion du conduit de Müller qui préside à la formation du vagin et de la portion inférieure du corps de l'utérus, existence, pour ainsi parler, de cornes utérines solides, pleines, avec des ovaires fonctionnant.

Laparotomie, le 24 août 1887. L'ovaire gauche, attiré le premier en avant de la plaie abdominale, ce qui nécessita quelque effort, fut lié et extirpé. Puis, en suivant le cordon transversal, on tomba sur l'ovaire droit, qui suivit plus facilement et fut également excisé après ligature.

Sur le trajet du cordon transversal, il n'existait aucun épaississement; il n'en émanait non plus aucun prolongement.

Guérison régulière. L'opérée peut quitter l'hôpital 12 jours après l'opération. Et, depuis cette époque, cessation absolue des douleurs qui, antérieurement, accompagnaient le molimen menstruel.

Examen histologique. — 1° *Ovaire droit.* Longueur 4,5 centim., épaisseur 2,5 centim. Surface ovarique inégale, surtout la posté-

rieure. Sur une coupe transversale, l'ovaire paraît semé d'un grand nombre de petits kystes séreux, de la grosseur d'un grain de blé à celui d'un pois; quelques-uns de ces kystes font saillie à la surface de l'ovaire. Au milieu environ du bord supérieur de l'ovaire, existe un corps jaune, volumineux (0,8 centim.); sur le bord externe un deuxième corps jaune, plus petit. La paroi interne des kystes est constituée par plusieurs couches d'un épithélium cubique, Ils contenaient un liquide albumineux coagulé. Dans la substance parenchymateuse, quelques rares follicules ovulaires, bien développés.

2° *Ovaire gauche.* Altérations de même ordre, mais beaucoup moins accusées.

En résumé, phénomènes cliniques et constatations anatomo-histologiques, démontrent qu'il s'agissait bien d'ovaires fonctionnant, en l'absence complète de vagin, d'utérus, des trompes.

Obs. II. — Femme âgée de 27 ans. Jusqu'à 20 ans, elle n'a jamais eu ni règles normales ni règles supplémentaires. Mariée à cette époque, elle a depuis commencé à être malade, surtout à intervalles mensuels; afflux de sang à la tête, éblouissements, teintements d'oreille, *gastralgie violente,* douleurs abdominales, ténesme vésical, tuméfaction douloureuse des seins et des glandes axillaires; malaises allant en augmentant de jour en jour.

Examen actuel. — Rien de spécial à noter, indépendamment des conditions particulières constatées du côté des organes génitaux.

L'orifice vaginal est obturé par une cloison, ayant l'aspect d'une membrane muqueuse. Elle se laisse retourner jusqu'à 5 cent. sans que cela provoque de la douleur. Par ce mode d'exploration, on ne trouve aucun vestige d'utérus.

Par le toucher rectal et le palper abdominal combinés, on trouve sur la ligne médiane un corps du volume d'une amande, à grand diamètre vertical. De l'extrémité supérieure de ce corps émanent deux cordons mous, qui se prolongent à gauche et à droite jusqu'au voisinage de la ligne innominée. A gauche, on perçoit nettement l'ovaire, qui présente une surface irrégulière. A droite, l'ovaire ne se perçoit pas d'une manière nette.

Laparotomie. — Extirpation des ovaires. Guérison sans troubles réactionnels. Réunion de la plaie abdominale par première intention.

Mais, dans ce cas, les résultats définitifs ne furent pas aussi heureux que chez la 1re femme. Loin de là ! Car, si le molimen menstruel qui s'accompagnait d'une exacerbation des phénomènes morbides cessa, en revanche, la sensibilité au niveau de la région épigastrique persista très vive ; l'anorexie, les désordres intestinaux, s'accusèrent de plus en plus. Et, en dépit de tous les moyens thérapeutiques, 4 *mois après avoir été opérée, cette femme était devenue incapable de tout travail.*

A l'examen histologique, on constata sur les ovaires : la présence d'un corps jaune, des kystes séreux, un développement insolite des vaisseaux de la substance médullaire, et des nodules fibreux.

(*Zeitsch. f. Geb. und Gynäk*). Bd XV, Hft. 1888.

Contribution à l'étude de l'albuminurie et de l'éclampsie. (Beitrag zur Lehre von der Eklampsie und Albuminurie.) E. Lantos. — C'est sur les matériaux cliniques recueillis à la clinique obstétricale et gynécologique de Budapesth, dirigée par le professeur Kezmarszky, que l'auteur a basé son étude. On trouve dans ce travail une exposition rétrospective, très minutieuse, de toutes les hypothèses, théories, conceptions étagées ou non sur des faits expérimentaux, auxquelles a donné lieu l'étude, encore si entourée d'obscurité, de la pathogénie de l'albuminurie et de l'éclampsie puerpérales. Toutefois, la tendance accusée de l'auteur, est de mettre bien en lumière le rôle étiologique important que l'élément nerveux peut, par voie réflexe, et en raison des connexions intimes qui existent entre le plexus utérin, rénal, et la moelle allongée, jouer dans la production d'un certain nombre de ces albuminuries et de ces éclampsies.

Analysant l'urine de femmes enceintes et récemment accouchées, Lantos est arrivé aux résultats suivants :

Sur 70 femmes *enceintes*, appartenant à la clientèle hospitalière, 18,57 fois p. 0/0 il y avait de l'albumine dans l'urine.

Sur 600 femmes *récemment accouchées*, il y en avait 59,33 fois p. 0/0.

Sur 268 *primipares*, on en trouva 189 fois, soit 70,52 0/0.

Sur 332 *multipares*, — — 167 fois, — 50,3 0/0

Dans les *accouchements prématurés* la proportion de l'albumine décroît d'une manière marquée ; dans les *fausses couches*,

cette proportion centésimale de l'albumine se réduit à la moitié de ce qu'elle est après les accouchements à terme.

Dans 10 cas d'albuminurie intense, l'examen microscopique fit voir que : 3 fois il y avait du pus dans l'urine, 5 fois des cylindres, et 4 fois qu'elle ne renfermait aucun élément solide.

Chez 39 accouchées qui n'avaient succombé ni à la néphrite ni à l'éclampsie, l'examen nécropsique révéla au sujet de l'état des reins les conditions suivantes : 15 fois les reins étaient anémiques, 21 fois pâles, et 3 fois seulement hyperhémiés. Comme altérations pathologiques, on trouva : néphrite parenchymateuse aiguë 2 fois, néphrite aiguë hémorrhagique 1 fois, dégénérescence parenchymateuse 9 fois, dégénérescence albumineuse 4 fois.

Se basant sur les résultats de ses propres recherches, aussi bien que sur les observations faites par d'autres investigateurs, Lantos formule la conclusion suivante : *l'albuminurie qui survient au cours de la grossesse ou pendant le travail — indépendante de toute modification morbide des reins — n'est pas un phénomène rare, il est même très fréquent pendant le travail. Il se produit sous l'influence de l'excitation réflexe provoquée par les nerfs des parois utérines et se répercutant sur les vaisseaux des reins. Il n'a aucune importance pronostique, mais il mérite d'être rangé parmi les signes de probabilité de la grossesse.*

Du mois d'octobre 1882 jusqu'en juin 1887, sur un ensemble de 14,815 accouchements, on observa 53 cas d'éclampsie ; soit comme proportion centésimale 0,36 0/0, ce qui revient à 1 éclampsie sur 278 accouchements.

Sur 42 éclamptiques, 33, soit 78,57 0/0, étaient *primipares.*

Sur 42 éclamptiques, 9, soit 21,43 0/0 étaient *multipares.*

Sur 53 éclamptiques, 15 moururent, soit comme *chiffre de la mortalité*, 28,3 0/0.

Lantos fait remarquer, qu'après l'accouchement artificiel, ce chiffre est élevé, aussi ne faut-il, suivant lui, y recourir que si l'indication en est formelle, d'autant plus que, dans bon nombre de cas, les accès ne cessent pas toujours l'accouchement une fois terminé.

La durée des suites de couches pour les femmes qui avaient eu de l'éclampsie fut, en moyenne, de 15, 61 jours, tandis que pour les accouchées ordinaires elle ne se prolongea pas au delà de 9-10 jours. D'où il semble se dégager le fait que *l'éclampsie exerce une influence immédiate sur la durée des suites de couches.*

L'urine fut analysée dans 23 cas : 21 fois elle contenait de l'albumine, 4 fois des éléments figurés.

A l'examen nécropsique de 8 femmes mortes d'éclampsie, on trouva constamment des lésions du cerveau ; et une fois seulement les reins présentaient des altérations de nature aiguë, plusieurs fois de nature chronique.

Relativement à la nature de l'éclampsie, l'auteur se rallie à l'opinion d'Osthoff. Il cherche la cause du rein gravidique aussi bien que de l'éclampsie de la grossesse, du travail et des suites de couches, dans la stimulation exceptionnellement forte du splanchnique, laquelle ayant sa source dans les mouvements de l'utérus agit sur les vaso-constricteurs du rein, ou, suivant une voie détournée, se répercute sur la moelle allongée.

En conséquence, Lantos propose de donner au complexus morbide le nom d'*épilepsie aiguë périphérique.* Suivant sa manière de voir, l'albuminurie aurait même origine que l'éclampsie, savoir : l'excitation partie des nerfs de l'utérus ; mais la voie nerveuse différerait dans les deux cas. (*Cent. f. Gynäk*, 1888, n° 49, u. *Arch. f. Gyn.*, 1888, Bd. XXXII, Hft 3.)

Du diagnostic et du décollement des adhérences péritonéales de l'utérus rétrofléchi, etc. (Ueber diagnose und Lösung peritonealer Adhäsionen des retroflecktirten uterus, etc.) S. SCHULTZE (1).

Du décollement manuel des adhérences péritonéales d'après la méthode de Schultze. (Zur Manuellen Lösung peritonitischer Adhäsionen nach B. S. Schultze.) REICH.

Du décollement manuel de l'utérus rétrofléchi et fixé par des adhérences péritonéales. (Zur manuellen Lösung des durch peritonische Adhäsionen fixirten retroflektirten Uterus nach B. Schultze.) ZEISS.

Du décollement, en deux temps, des adhérences péritonéales de l'utérus rétrofléchi. (Die Lösung peritonealer Adhäsionen des retroflektirten uterus in zwei Zeiten.) GOTTSHALK.

---

(1) Sammlung Klin. Vort., 1879, n° 176.

On sait que dès 1879 Schultze a indiqué un procédé destiné à permettre d'opérer, dans des cas considérés jusqu'alors comme incurables, abstraction faite des interventions sanglantes, le décollement de brides et d'adhérences péritonéales fixant l'utérus en rétro-déviation. Depuis cette époque, il a de nouveau attiré l'attention des gynécologues sur les avantages d'un procédé qui, d'après une expérience encore plus complète, n'entraîne pas de danger et fournit de très heureux résultats, « *quand on agit avec méthode et quand on sait discerner les cas qui peuvent être traités* (1) ».

Or, dans une thèse subie à Iéna, « *traitement chirurgical de la rétroflexion de l'utérus* », Reich, son auteur, avait écrit au sujet du procédé de Schultze : *les gynécologues dont il s'agit avaient, à la vérité, avant de se résoudre à l'opération, tenté longtemps les anciennes et bonnes méthodes de décollement des adhérences, mais aucun, hormis Klotz* (11 tentatives suivies d'échec), *ne s'était risqué à essayer le décollement suivant la méthode de Schultze* (décollement manuel dans la narcose profonde, éventuellement après dilatation du col par la laminaire et introduction d'un doigt dans la cavité utérine).

De son côté, Zeiss dit au sujet de cette appréciation, qu'elle lui semble quelque peu risquée parce qu'elle ne repose en somme que sur cette circonstance que personne n'a jugé qu'il fût nécessaire de publier les faits dans lesquels on avait eu recours au procédé de Schultze. Pour lui, il a eu l'occasion de l'appliquer dans deux cas et il en a retiré de très bons résultats ; les deux fois, il avait au préalable pratiqué la dilatation. L'une des femmes fut opérée le 6 juin 1884. Depuis ce moment, son utérus, maintenu par un pessaire après réduction, conserva pendant plusieurs années une position normale. Durant les huit jours qui suivirent l'intervention, la femme avait ressenti des douleurs assez vives et avait présenté une fièvre modérée. L'autre femme fut opérée le 2 novembre 1887 ; suites opératoires absolument apyrétiques, et depuis, c'est-à-dire pendant un an déjà, l'utérus est resté en bonne situation. Zeiss conclut de ces deux cas, qu'à son avis, le procédé de Schultze, à condition que l'on entoure la dilatation du col de l'utérus de précautions antiseptiques rigoureuses, peut dans les mains du praticien donner d'heureux résultats et rendre ainsi beaucoup de lapa-

(1) *Ann. de gyn. et d'obst.*, mars 1888, p. 223.

rotomies inutiles. Des deux femmes dont il a retracé la courte histoire, l'une souffrait depuis 2 ans, l'autre depuis 4 ans 1/2 ; l'utérus était solidement fixé en arrière par des brides et des adhérences, *et toutes les tentatives ordinaires de décollement, y compris les tentatives de décollement durant la narcose chloroformique, avaient déjà totalement échoué.*

Voici maintenant ce que pense Gottschalk du procédé de Schultze, ce qu'il en a obtenu, et comment il propose de le modifier pour certains cas particuliers.

« J'ai eu 3 fois l'occasion de me servir du procédé de Schultze, *et avec succès ;* dans un cas, il s'agissait du redressement d'un utérus gravide. Toutefois, quand il s'agit de brides, d'adhérences trop solides, Schultze lui-même reconnait qu'il est utile de pratiquer la laparotomie pour opérer ensuite le décollement de ces adhérences. Or, je suis persuadé que même pour la plupart de ces cas la méthode de Schultze peut suffire, si on y a recours *en deux temps,* c'est-à-dire, si, par exemple, trois jours après des tentatives restées infructueuses, on en fait de nouvelles. Voici un exemple démonstratif :

Obs. — M. Sch..., âgée de 32 ans, réglée à 17 ans, et depuis menstruation normale durant 4-5 jours. 2 enfants à terme et un avortement 8 années auparavant ; depuis, douleurs sacrées et dans la région hypogastrique droite, contre lesquelles les divers traitements subis n'avaient apporté aucun soulagement définitif. Ménorrhagies, sensation de compression très pénible sur le rectum et sur la vessie, augmentation continue des souffrances, et incapacité de travail.

Examen le 26 *novembre : Utérus fixé en rétroflexion.* —Le col de l'utérus dirigé en avant, est long de 5 centim., à parois molles, et fait avec le corps de l'utérus un angle très aigu. Le corps de l'utérus, très augmenté de volume, est fixé en arrière et vers la droite. On reconnait sur le côté droit, très épaissi de l'organe, la présence d'un myôme, du volume d'une petite pomme. Cavité utérine 14 cent. De la face antérieure de l'utérus, et se dirigeant vers le sacrum, émanent des cordons cicatriciels ; il existe en outre entre cette même face antérieure et l'intestin de larges adhérences superficielles. L'ovaire droit, non hypertrophié, est fixé en arrière dans le voisinage du fond de la matrice ; le gauche, gros comme une pomme, est fixé à gauche, en arrière auprès du sacrum.

Le 5 décembre, tentatives de décollement suivant le procédé de Schultze. On ne réussit à décoller qu'un seul cordon qui se dirigeait du côté droit de l'utérus vers le sacrum. Les autres brides et adhérences résistèrent invinciblement à toutes les tentatives faites pour les détacher.

Mais, le Dr L. Heidenhain qui l'assistait, lui ayant rappelé que dans la méthode de décollement brusque des adhérences articulaires, les chirurgiens procédaient en deux temps, Gottshalk fit 3 jours après une nouvelle tentative de décollement. Et, « *ce ne fut pas sans éprouver une vive surprise, qu'il réussit, sans manœuvres intra-utérines, à détacher en peu de temps toutes les brides et adhérences, et à rendre aux deux ovaires leur mobilité* ».

La réduction obtenue fut assurée par l'application d'un pessaire.

Consécutivement, la malade ressentit de vives douleurs abdominales, et sa température dans la soirée de l'opération, s'éleva à 38°,7 ; mais, dès le lendemain, sous l'action combinée de l'opium et de la glace, ces accidents s'étaient déjà amendés.

Un examen pratiqué 13 jours après, montra que l'utérus était en bonne situation, et qu'il avait diminué de volume, sa cavité s'était réduite à 9 1/2 centim. de 14 centim. qu'elle mesurait avant l'intervention. L'auteur pense que, consécutivement à la première intervention, il était survenu une exsudation légère qui avait eu pour heureux résultat de diminuer la solidité des adhérences, et par suite de préparer le succès des nouvelles tentatives de décollement et de redressement de l'utérus. (*Cent. f. Gynäk.*, 1887, n° 46 ; 1888, n° 50 ; 1889, n° 3.)

BIBLIOGRAPHIE

Du détroit inférieur musculaire du bassin obstétrical (1).

Nous retrouvons dans la thèse inaugurale de notre ami H. Varnier les qualités principales (précision scientifique, clarté et élé-

(1) H. VARNIER. Th. in 1888. G. Steinheil, éd., Paris.

gance du style, etc.) qui distinguent ses travaux antérieurs faits à la maternité de Lariboisière.

Nombre d'accoucheurs ont cherché à expliquer pourquoi chez les primipares et chez certaines multipares, la période d'expulsion est si longue alors que cependant « l'enfant est bien tourné, que les eaux sont écoulées, que la tête avance assez considérablement en dehors de l'orifice, et que les douleurs ont assez de force » (Deventer). Pour les uns (Mauriceau, Rœderer, Smellie) c'est le coccyx qui crée assez souvent un obstacle sérieux et qui a besoin d'être rétropulsé par la tête pour que celle-ci puisse passer; pour les autres (Burton, Levret, etc.) le coccyx n'est la cause du *retardement* de la sortie de la tête de l'enfant à terme et vivant que dans les cas où il est ankylosé. Aussi quelques accoucheurs ont-ils placé l'obstacle à la terminaison rapide de l'accouchement dans la résistance du périnée, de l'orifice vulvaire et même de l'orifice hyménéal.

Ces derniers auteurs ne tiennent donc pas compte du *détroit inférieur* : ils ont raison si le détroit inférieur est tel que l'ont décrit jusqu'ici la grande majorité des accoucheurs. Le contour en serait formé par la partie inférieure de la symphyse pubienne, la branche descendante de l'ischion et sa tubérosité, le bord inférieur du grand ligament sacro-sciatique, le bord et la pointe du coccyx; les diamètres de ce détroit (antéro-postérieur, transverses, obliques) mesureraient tous à peu près *onze* centim. à l'état statique. Mais, ajoute-t-on, par la rétropulsion possible du coccyx, le diamètre coccy-pubien est de tous ceux du détroit inférieur celui dont la longueur est la plus grande. La position de l'occiput en avant accommode donc le plus grand diamètre de la tête au plus grand diamètre du passage osseux qu'il doit franchir. Et dans certains ouvrages (Playfair, Barnes, Hubert), on peut voir le diamètre coccy-pubien évalué, après rétropulsion maxima, à 13 c. 3. La rétropulsion, pour ces auteurs, porte donc bien sur un diamètre qui a déjà 11 centim. à l'état statique.

Or, quel est le plus grand diamètre de la tête fœtale qui doit s'accommoder au plus grand diamètre du passage osseux qu'il a à franchir? C'est le diamètre qui va de la nuque à la saillie du front; MM. Budin et Ribemont ont trouvé que ce diamètre sous-occipito-frontal mesurait environ 11 centim. et la circonférence sous-occipito-frontale qui lui correspond, de 32 centim. 1/2 à 33 centim.

Ces chiffres sont à peu près semblables à ceux qu'avait indiqués M. Duncan. Varnier a repris ses mensurations et a constaté que l'étendue moyenne du diamètre S.O.F. est inférieure à 11 centim. pour les fœtus de moins de 4000 gr. et supérieure seulement de 2 millim. pour les fœtus de 4 à 5000 gr. Il résulte de ces chiffres que si le diamètre coccy-sous-pubien mesurait, comme on le dit, 11 centim. : 1° le coccyx (ankylosé ou non) ne saurait, lors de l'accouchement, opposer le moindre obstacle dans l'immense majorité des cas ; 2° la rotation de la tête serait absolument inutile pour son passage au détroit inférieur ; elle ne serait nécessaire que pour l'orifice vulvaire. Or, tout le monde admet aujourd'hui que le coccyx est repoussé de 1 centim. 1/2 à 3 centim. lors du passage de la tête ; de plus Varnier s'est assuré que chez toutes les femmes en travail qui lui ont servi pour ses recherches, la rotation s'est faite complètement *avant que le front ait dépassé le coccyx.*

Il est par suite impossible que le détroit inférieur soit tel qu'on l'a dit et en particulier que le diamètre coccy-sous-pubien mesure 11 centim. Poursuivant en effet les recherches de Devilliers, de Pinard et de Boissard, les rend même plus précises puisqu'il les fait porter non plus sur des bassins à l'état sec, mais sur des bassins de femmes vivantes, Varnier trouve que l'étendue moyenne du diamètre coccy-sous-pubien n'est que de 8 centim. 5. Il est donc nécessaire que le coccyx soit rétropulsé communément de 2 centim. pour laisser passer un diamètre sous-occipito-frontal de 10 centim. et demi, diamètre moyen d'un enfant de poids moyen. Il faut donc que la tête peine longtemps contre le coccyx ; car ce dernier n'est pas, comme on l'a dit, partie molle dans l'accouchement, et il existe certainement en ce point un obstacle à franchir. Cet obstacle considérable ne réside ni dans les articulations coccygiennes, ni dans les ligaments sacro-sciatiques qui ne s'insèrent pas au coccyx. Il semble se constituer pendant la période d'expulsion.

Ce n'est nullement le détroit inférieur, jusqu'ici décrit, qui nécessite la rotation de la tête et peut retarder son expulsion : Varnier s'est attaché, sous la direction et avec la collaboration de son maître, le Prof. Farabeuf, à rechercher quelles étaient les dispositions anatomiques, jusqu'ici méconnues, qui expliquent les phénomènes mécaniques de la période d'expulsion, qui nécessitent la rotation de la tête pour la terminaison de l'accouchement. En faisant des expériences sur le cadavre d'une femme adulte,

Varnier a constaté qu'il existait au niveau du plancher pelvien, une véritable boutonnière à grand diamètre antéro-postérieur, boutonnière dilatable, mais qui conserve toujours la prédominance antéro-postérieure ; les bords de cette boutonnière sont d'autant plus tendus et résistants que la pression exercée sur elle est plus considérable. L'examen anatomique fait par Varnier lui montra que cette boutonnière est constituée par les fibres pubo-coccygiennes du muscle releveur de l'anus, par les muscles ischio-coccygiens et par le coccyx mobile qui est le rendez-vous général des 2/3 des faisceaux du releveur de l'anus (faisceaux coccygiens).

Le Prof. Farabeuf a donné en effet une description toute nouvelle du muscle releveur de l'anus, en lui rattachant le muscle ischio-coccygien et en lui donnant le nom de releveur coccy-périnéal : ce muscle constitue un diaphragme ou plancher pelvien musculaire concave en haut, infundibuliforme, ouvert d'une large *fente* médiane antérieure où passent l'urèthre, le vagin, le rectum et que doit forcer nécessairement et traverser le fœtus avant d'aborder à la vulve.

C'est cette *fente pubo-coccygienne* qui doit, dans l'étude du mécanisme de l'expulsion, être considérée comme le *détroit inférieur :* limitée de chaque côté par les faisceaux pubo-coccygiens qui amarrent la pointe du coccyx à la symphyse, elle mesure au repos 8 c. 1/2 en moyenne dans son diamètre antéro-postérieur ou coccy-sous-pubien. Ses dimensions transversales sont au contraire très faibles 4 centim. 1/2. Il y a donc là, à l'état statique, et à l'état dynamique, prédominance très marquée du diamètre antéro-postérieur sur les diamètres transverse et oblique.

Il suffit de considérer les dimensions de cette boutonnière lorsque rien ne la sollicite, et de songer à celles qu'elle doit acquérir pour laisser passer la grande circonférence et le grand diamètre d'une tête de fœtus de poids moyen, pour comprendre que là est l'explication de cette rétropulsion si lente et si pénible du coccyx qu'on observe chez les primipares ou chez les multipares ayant des enfants très volumineux.

En résumé, cette fente pubo-coccygienne, constitue le détroit supérieur du canal mou dilatable, bassin mou de Pinard, canal ou infundibulum périnéo-vulvaire, dont la vulve forme le détroit inférieur. En conservant la nomenclature usuelle « nous lui don-

nerons, dit Varnier, le nom de *détroit inférieur, musculaire, du bassin obstétrical* ».

Si l'analyse de cette thèse remarquable est imparfaite, la faute en est un peu à l'auteur qui, à l'aide d'une dialectique serrée, a su grouper, condenser et discuter nombre de faits d'une importance très grande au double point de vue théorique et clinique. La lecture de ce travail est d'autant plus intéressante, qu'il est édité avec un soin tout spécial et qu'on y trouve une vingtaine de belles planches très explicatives, qui parlent aux yeux pour ainsi dire, et que Varnier a dessinées en grandeur naturelle, quelques-unes de ces figures sont même dues à l'habile crayon du Prof. Farabeuf.

Dr G. LEPAGE.

VARIÉTÉS

Congrès Français de chirurgie.

La quatrième session du Congrès Français de chirurgie, se tiendra à Paris, du 17 au 18 octobre 1889, sous la présidence de M. le baron Larrey.

Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour :

I. — Résultats immédiats et éloignés des opérations pratiquées pour les tuberculoses locales.

II. — Traitement chirurgical de la péritonite.

III. — Traitement des anévrysmes des membres.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Avril 1889

TRAVAUX ORIGINAUX

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Par le Dr **A. Pinard**, professeur agrégé,
Accoucheur de la Maternité de Lariboisière.

La grossesse extra-utérine peut présenter, dans sa symptomatologie, dans son évolution, des différences assez tranchées pour lui imprimer des physionomies diverses, et assez peu connues encore à l'heure actuelle pour rendre dans certains cas le diagnostic, sinon impossible, du moins extrêmement difficile.

De même la conduite à tenir dans les cas de grossesse ectopique, le moment de l'intervention, quand cette dernière est jugée nécessaire, la méthode opératoire qu'on doit préférer, le traitement consécutif à l'opération, sont autant de points très discutés aujourd'hui, mais non encore résolus.

Pour ces raisons, j'ai pensé qu'il y avait quelque intérêt à publier la relation de trois cas dans lesquels j'eus à me poser et à résoudre ces différentes questions.

Je donne d'abord ces trois observations in extenso, car si elles ont quelques points de commun, elles présentent, d'autre part, des différences nettement accusées. J'essaierai

ensuite d'en dégager les particularités les plus intéressantes, tant au point de vue des symptômes et du diagnostic, qu'au point de vue du traitement.

OBS. I. — *Grossesse extra-utérine s'étant développée jusqu'à terme. — Élytrotomie pratiquée deux mois environ après la mort du fœtus. — Guérison* (1).

Mme B..., âgée de trente et un ans, ne présentant dans ses antécédents héréditaires physiologiques et pathologiques rien de particulier à noter, a déjà eu deux grossesses suivies d'accouchements spontanés et à terme. A la suite du dernier accouchement, elle a eu une affection utérine pour laquelle elle fut soignée quelques mois en Angleterre. Puis la santé redevint bonne et la menstruation régulière.

Le 21 août 1882, Mme B... eut ses règles pour la dernière fois. Elle habitait alors Rueil.

Le 7 septembre, apparition, pour la première fois, de douleurs dans la région hypogastrique. Ces douleurs se reproduisant les jours suivants, le Dr Launay est appelé et voici les renseignements que je dois à l'obligeance de notre confrère :

« Mme B... éprouve des douleurs violentes dans tout le petit bassin. Il y a un besoin constant d'aller à la garde-robe et la défécation est difficile et douloureuse. Le ventre n'est pas ballonné. Le palper ne donne aucun renseignement.

Le 13 octobre, les douleurs deviennent intolérables ; on pratique des injections de morphine. État satisfaisant jusqu'au 24. A ce moment, crise atroce. Exacerbation des symptômes. Même traitement suivi d'une période relativement calme. Dans le courant du mois de novembre, le toucher fait constater la présence d'une tumeur rétro-utérine.

Nouvelles crises pendant le mois de décembre.

Le mois de janvier fut relativement bon. Quelques douleurs pendant les mois de février et de mars.

A ce moment, Mme B... quitte Rueil pour aller habiter Colombes. »

---

(1) Observation lue à l'Académie de médecine, le 19 février 1884, et publiée dans la thèse d'agrégation du Dr MAYGRIER.

Au mois de mai, le Dr Tachard, de Colombes, fut appelé près d'elle pour la première fois.

Voici le résumé de l'observation que le Dr Tachard a bien voulu me transmettre :

« Appelé au commencement du mois de mai près de Mme B..., je fus frappé de la forme irrégulière du ventre ; assez aplati au niveau du flanc gauche, il présentait, au contraire, une tuméfaction considérable à droite. Le palper me fit reconnaître nettement la présence de la tête en haut et à droite. L'examen était douloureux, je n'insistai pas. Le toucher, très douloureux également, ne fut pratiqué qu'imparfaitement et ne me permit d'atteindre ni le col ni aucune partie fœtale. L'auscultation ne donne que des résultats négatifs. Pendant la durée de mon examen, je ne pus sentir aucun mouvement actif du fœtus, bien que Mme B... affirmât sentir les mouvements de son enfant, aussi bien, sinon mieux, que dans ses grossesses antérieures. Depuis le mois d'octobre, Mme B... était obligée de rester couchée, soit dans son lit, soit sur une chaise longue; tout mouvement lui était pénible.

Le 20 mai, je fus de nouveau appelé près de Mme B... que je trouvai en proie à des douleurs absolument semblables à celles du début d'un accouchement normal. Les douleurs revenaient environ toutes les dix minutes. La forme du ventre n'avait pas changé. En pratiquant le toucher, je trouvai le col tout à fait en avant et en haut, en rapport avec le bord supérieur de la symphyse. Il avait la forme et la consistance d'un col utérin non gravide.

Je soupçonnai alors l'existence d'une grossesse extra-utérine.

Les douleurs persistèrent toute la nuit. Le lendemain tout rentra dans l'ordre. Les douleurs ayant cessé et le soupçon d'une grossesse extra-utérine n'ayant fait que traverser mon esprit, je crus que Mme B... n'était pas encore à terme. Trois jours après, les seins deviennent durs et une sécrétion laiteuse spontanée s'établit pendant quelques jours.

A partir de ce moment, l'état général devint meilleur. Mme B... se leva et put, sans souffrance, faire quelques promenades dans son jardin.

Le 20 juin, apparition de quelques tranchées utérines avec perte de sang peu abondante. Je l'examinai alors avec grand soin, et de mon examen il résulta que Mme B... avait une grossesse extra-utérine.

C'est alors que je voulus prendre l'avis du Dr Pinard. »

Je vis Mme B... à Colombes pour la première fois le 4 juillet. Cette dame, à mon arrivée, se promenait dans son jardin.

Voici quel fut le résultat de mon examen :

État général assez bon. — Cependant, me dit-elle, j'ai considérablement maigri. Les fonctions sont régulières. Le ventre est volumineux et on voit se dessiner à travers la paroi abdominale assez mince une grosse tumeur qui remplit la fosse iliaque gauche et l'hypogastre, arrive sur la ligne médiane au niveau de l'ombilic et s'élève jusqu'à l'hypochondre. L'on voit également au niveau de l'hypogastre et de la fosse iliaque droite une petite tumeur paraissant avoir 8 à 10 centimètres de hauteur, et semblant repoussée en avant par la grosse tumeur qui remplit la cavité abdominale ou implantée sur sa paroi antérieure.

La percussion fait percevoir une matité absolue dans toutes les régions occupées par les tumeurs.

La palpation fait éprouver deux sensations importantes :

1° Dans l'hypochondre droit, une crépitation osseuse bien nette, absolument semblable à celle produite par le chevauchement des os d'une tête de fœtus mort depuis un certain temps;

2° Au niveau de la petite tumeur, une sensation de durcissement. La consistance devient ligneuse à un moment donné. Manifestement, elle est le siège d'une contraction énergique.

Pendant toute la durée de l'examen, la grosse tumeur ne présenta aucune variation dans sa consistance.

L'auscultation ne donna absolument rien.

Le toucher me fit percevoir la présence d'une tumeur résistante remplissant toute l'excavation. En déprimant les parois de cette tumeur, l'on sent des parties résistantes et irrégulières. Le cul-de-sac postérieur du vagin n'existe plus. Le cul-de-sac antérieur, au contraire, est très profond, tellement profond que le doigt porté aussi haut que possible ne peut en atteindre le fond.

Portant le doigt entre la face postérieure de la symphyse et la tumeur, on arrive à droite très facilement sur le col. En abaissant avec la main la petite tumeur qui tout à l'heure s'était contractée, on abaisse un peu le col, mais pas assez pour le contourner et explorer l'état des orifices. Faisant mettre Mme B... sur les genoux et sur les coudes, et pratiquant le toucher, nous n'obtenons pas d'autre renseignement.

En présence de ces constatations, m'appuyant sur les renseignements fournis par Mme B... et le Dr Tachard, et bien que je n'eusse pu pratiquer le cathétérisme utérin, je diagnostiquai une grossesse extra-utérine, variété abdominale, avec un fœtus s'étant développé jusqu'à terme et étant mort au moment où le faux travail s'était déclaré, c'est-à-dire depuis cinq à six semaines environ.

Après avoir prévenu l'entourage, et en l'absence de toute menace d'accident, nous fûmes d'avis, le Dr Tachard et moi, de nous en tenir à l'expectation. Quelques jours plus tard, la situation changea. Des douleurs abdominales forcèrent Mme B... à reprendre le lit. L'appétit disparut. L'amaigrissement fit des progrès rapides. La défécation et la miction devinrent difficiles, pénibles. Je priai alors mon excellent maître M. Tarnier de vouloir bien s'adjoindre à nous et de venir voir Mme B,.., ce qu'il fit le 15 juillet. Après avoir pratiqué le palper, l'auscultation, le toucher vaginal et rectal, M. Tarnier confirma de tous points le diagnostic en nous engageant cependant à faire tout notre possible pour pratiquer le cathétérisme utérin. Quant au traitement, il fut convenu que si les accidents persistaient et s'aggravaient encore, il faudrait procéder à une opération.

Je dois signaler ici un fait important que je n'ai vu mentionner dans aucune des nombreuses observations de grossesse extra-utérine que j'ai pu lire. Entre ma première visite et ma seconde, c'est-à-dire du 4 au 15 juillet, le kyste fœtal avait considérablement augmenté de volume. Les parois étaient plus tendues. Il y avait manifestement une accumulation progressive du liquide.

Le 18 juillet, je tentai de pratiquer le cathétérisme utérin. En raison de l'attitude du col et de la difficulté que j'éprouvai à passer un doigt entre le kyste fœtal et la face postérieure de la symphyse, je ne pus y réussir. Le cathétérisme vésical, quoique difficile, put être pratiqué et démontra que la vessie avait subi le même déplacement que l'utérus et était inclinée à droite. Depuis deux jours, l'urine s'écoulait continuellement et goutte à goutte. L'état général était de plus en plus mauvais. La face était grippée. Il y avait des sueurs profuses. Le pouls était à 120. La tension du kyste devenait de plus en plus considérable. Nous crûmes trouver dans tous ces symptômes et dans la crainte d'une rupture intra-abdominale du kyste fœtal l'indication d'une intervention. L'opération fut résolue.

M. Tarnier voulut m'en laisser les bénéfices tout en me prodiguant ses conseils, et en me faisant l'honneur de m'assister.

Le 21 juillet, à quatre heures, en présence et avec l'aide de MM. Tarnier, Tachard, Guérin, Champetier de Ribes, Boissard, Mme B... ayant été chloroformée, je pratiquai, d'après les conseils de M. Tarnier, l'élytrotomie. Une première incision vaginale étant faite en un point où je n'avais pas perçu de pulsation, il s'écoula une assez grande quantité de liquide séro-sanguinolent n'ayant aucune odeur. J'introduisis alors le doigt dans cette ouverture et j'appréciai, avant d'arriver dans le kyste, l'épaisseur peu considérable de la paroi vaginale et l'épaisseur bien plus marquée de la paroi kystique, puis j'arrivai sur les pieds du fœtus. J'agrandis alors l'orifice que je venais d'ouvrir, en pratiquant de petites incisions dirigées dans tous les sens à l'aide d'un bistouri courbe et boutonné. Puis j'opérai la dilatation à l'aide des doigts introduits en cône. Ce fut le temps le plus long de l'opération, mais j'ajoute que cette lenteur fut voulue.

Bientôt ma main entière put pénétrer. Je saisis un pied et l'amenai à la vulve et, à l'aide de tractions lentes et soutenues, j'engageai le siège et le tronc, je dégageai successivement les deux bras, puis enfin la tête. Je n'eus pas plus de difficulté que dans un accouchement par le siège chez une primipare.

L'enfant macéré était volumineux. Malheureusement il ne fut pas pesé. Il s'était certainement développé jusqu'à terme.

Le cordon étant coupé, je réintroduisis ma main dans le kyste et trouvai le placenta adhérent sur la face postéro-supérieure du kyste : je priai M. Tarnier de faire la même constatation. Il trouva, comme moi, le placenta trop adhérent pour essayer de l'enlever. Le kyste fut complètement irrigué avec une solution de sublimé à 2 p. 1000. Le cordon fut coupé au niveau de la vulve. Des tampons de ouate phéniquée furent appliqués sur la vulve, un bandage compressif fut posé sur le ventre et des injections furent faites dans le kyste toutes les deux heures, nuit et jour, avec de la solution au sublimé. Il n'y eut pas trace d'hémorrhagie.

Le placenta se détacha le 8 août ; il fut expulsé en deux parties, l'une le 8 et l'autre le 9 août. La température oscilla entre 37°,5 et 38°,5 et atteignit un seul jour 39°, la veille du décollement placentaire.

Un mois après l'opération, Mme B... se levait, la guérison était

complète. Quatre mois après il ne restait plus aucune trace du kyste fœtal dans l'abdomen. L'utérus a repris sa place et ses fonctions ; une cicatrice vaginale d'aspect rougeâtre, siégeant au cul-de-sac postérieur, est le seul vestige de cette grossesse.

Je résume les points les plus intéressants de cette observation.

Au point de vue des symptômes, elle montre que les premières manifestations pathologiques, consistant en troubles fonctionnels (miction et défécation), phénomènes douloureux, firent leur apparition presque aussitôt après le début de la grossesse, et se montrèrent avec plus ou moins d'intensité pendant les quatre premiers mois.

Puis une accalmie relative survint, et bien que tout mouvement fût assez pénible pour forcer M[me] B... à rester soit au lit, soit sur une chaise longue, les accidents s'amendèrent pendant les cinq mois qui suivirent.

Il y eut absence complète d'écoulement sanguin, et par conséquent pas d'expulsion de caduque du 21 août au 20 juin, c'est-à-dire pendant dix mois.

Le diagnostic fut relativement facile, étant donnée l'époque à laquelle je fus appelé.

Les renseignements fournis par mes confrères les D[rs] Delaunay et Tachard, les symptômes observés : délimitation d'une tumeur abdominale irrégulière et immobile, contenant des parties liquides et solides, sensation manifeste de crépitation osseuse, me mirent immédiatement sur la voie du diagnostic.

La constatation par le palper et le toucher combinés de la présence de l'utérus (tumeur se contractant) situé en avant de la tumeur et derrière la symphyse, me permirent d'être affirmatif, bien que je n'eusse pas pratiqué le cathétérisme utérin digital.

Cette exploration ne put du reste être pratiquée plus tard, en raison de la situation de l'utérus en arrière et en haut de la symphyse.

Un faux travail se déclara neuf mois après la dernière

apparition des règles et fut assez net pour faire croire que l'accouchement allait s'effectuer. Les douleusr revenant toutes les dix minutes durèrent douze heures environ, puis cessèrent.

Il est probable que l'enfant mourut à ce moment, car trois jours après il y eut une fluxion mammaire.

Un mois après, retour des règles; nouvelles douleurs, augmentation de tension du kyste.

Nouveaux accidents à l'époque des règles au mois de juillet, ayant décidé l'intervention.

Je reporte la discussion du traitement à la fin des deux observations suivantes.

Obs. II. — *Grossesse extra-utérine s'étant développée jusqu'à terme. — Laparotomie pratiquée un mois environ après la mort du fœtus. — Guérison* (1).

La nommée V..., âgée de 38 ans, entrée dans mon service à la Maternité de Lariboisière, le 6 juin 1888, présente les antécédents suivants :

Première grossesse normale à 18 ans. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis vingt ans, aucune autre grossesse. A part quelques indispositions, bonne santé générale.

Les règles qui jusque-là avaient été régulières, se montrèrent pour la dernière fois le 20 août 1887. Cette suppression non plus que l'apparition de quelques phénomènes sympathiques de la grossesse, n'attirèrent nullement l'attention de cette femme qui se croyait arrivée à l'époque de la ménopause.

Dans le courant du mois de janvier elle fut prise subitement de violentes douleurs abdominales et lombaires, perdit connaissance et prit le lit, qu'elle n'a pas quitté depuis.

Quelques jours après le début de ces accidents, elle eut une légère hémorrhagie utérine, rendit une certaine quantité de caillots et expulsa une membrane assez épaisse. En même temps elle présenta quelques phénomènes qui firent penser à une péritonite : frissons, fièvre, vomissements, etc., qui ne tardèrent pas d'ailleurs à se calmer.

(1) Observation communiquée à l'Académie de médecine le 12 mars 1889.

Mais le ventre continua à se développer, les seins augmentèrent de volume.

En février et mars, à l'époque correspondante à celle des règles, cette femme perdit quelques gouttes de sang.

Dans le courant du mois d'avril, voulant faire un effort pour se lever, elle ressentit une douleur violente dans les reins et eut une syncope. Ayant repris connaissance, elle crut percevoir des mouvements dans la cavité abdominale.

Je la vis alors pour la première fois le 10 avril, appelé par le Dr Ivanichevitch.

Je constatai l'existence d'une tumeur abdominale volumineuse, immobile, étendue transversalement et occupant toute la région hypogastrique. Explorant cette tumeur par le palper, je perçus d'abord nettement un ballottement fœtal, puis je pus me rendre compte de l'attitude du fœtus dont la tête était à gauche, le siège et les petites extrémités à droite.

L'auscultation démontra l'existence des bruits du cœur fœtal dont le foyer maximum siégeait à deux centimètres au-dessous de l'ombilic. Le toucher me fit reconnaître que l'excavation était remplie par une tumeur, et que le col ramolli était repoussé en arrière et en haut avoisinant l'angle sacro-vertébral. Il me fut impossible à ce moment de distinguer si le col était en relation de continuité ou de contiguïté avec la tumeur.

Si le diagnostic de l'existence de la grossesse était facile, le diagnostic et la nature de cette grossesse l'était beaucoup moins.

Cette grossesse, accompagnée des symptômes précédemment décrits, était assurément pathologique, mais pourquoi ?

La physionomie des symptômes observés chez cette femme : douleurs abdominales subites et perte de connaissance trois mois après une suppression de règles, expulsion de caillots, probablement d'une caduque, accidents péritonitiques, puis consécutivement, légère hémorrhagie à chaque époque des règles, etc. me firent penser à l'existence d'une grossesse extra-utérine, les signes perçus par le palper : immobilité de la tumeur et irrégularités de cette dernière, semblaient confirmer ce diagnostic ; mais le toucher, en me démontrant que le col offrant les caractères du col gravide était repoussé en arrière, et ne me permettant pas de reconnaître si le col était distinct ou faisait partie constituante de la tumeur de l'excavation, et si cette dernière était formée par le segment

inférieur de l'utérus, ou par un kyste fœtal, me fit rester dans le doute, et je me contentai de recommander de surveiller avec grand soin cette femme.

La grossesse continua à évoluer, quand le 20 mai se montrèrent des douleurs absolument semblables à celles du travail normal de l'accouchement. D'abord légères et irrégulières, ces douleurs apparurent ensuite régulièrement toutes les 5 minutes et devinrent très intenses. Cet état dura trois jours. Pendant ce temps les mouvements du fœtus furent très accusés et même violents, puis ils disparurent le 29 mai. Il n'y eut pendant cette période aucun écoulement vaginal.

Appelé à ce moment, je constatai la mort du fœtus ; et en raison de ce qui s'était passé les jours précédents, bien que je n'eusse pu pratiquer au second examen le cathétérisme utérin digital, le diagnostic de grossesse extra-utérine étant plus que probable, je fis comprendre à cette femme qu'elle n'accoucherait pas sans secours, et je la décidai à entrer à la Maternité de Lariboisière où elle vint, comme je l'ai dit, le 6 juin.

A ce moment son état général est peu satisfaisant : elle est pâle, amaigrie et ne peut se tenir debout. Le pouls est à 120 et la température à 38°,2. La miction est douloureuse. Les urines contiennent une notable quantité d'albumine.

Le lendemain 7 juin, cette femme ayant été anesthésiée, je pratiquai l'examen minutieux du ventre. Je constate dans l'abdomen, ainsi que je l'avais fait lors de mon premier examen, l'existence d'une tumeur ovoïde, mate, tendue et immobile dont le grand axe horizontal, étendu d'une épine iliaque à l'autre en passant par l'ombilic, mesure 52 cent. et dont le petit axe vertical, allant de la symphyse à 7 cent. au-dessus de l'ombilic, mesure 30 cent.

Je reconnais que l'attitude du fœtus n'a pas changé, la tête est à gauche et le corps à droite. Je retrouve également sur la région antéro-latérale droite de la paroi abdominale une sorte de tuméfaction de 15 cent. environ de diamètre, au niveau de laquelle existe un frémissement assez intense, une sorte de thrill perceptible à la main, que j'avais déjà constaté en examinant la malade chez elle, et dont celle-ci se plaignait d'ailleurs à cause de l'existence d'une douleur constante à ce niveau et d'une sensation permanente de bouillonnement.

L'ausculation absolument muette au sujet des bruits du cœur fœtal, démontre à ce niveau l'existence d'un souffle intense à renforcement qu'on ne retrouve nulle part ailleurs.

Le frémissement et le souffle ont leur maximum d'intensité au centre de cette zone tuméfiée décrite plus haut, et vont l'un et l'autre en s'affaiblissant vers la périphérie de cette zone. Pour ces raisons je pensai que le placenta était inséré à ce niveau.

Le toucher vaginal et le cathétérisme vésical permettent de constater que la vessie est interposée dans sa totalité entre le vagin et le kyste fœtal, et qu'il sera impossible de se frayer une voie en arrière, c'est-à-dire de pratiquer l'élytrotomie si une intervention est jugée nécessaire ; que le kyste fœtal en plongeant dans l'excavation a repoussé l'utérus fortement en arrière, que le col ramolli et entr'ouvert est toujours en rappórt avec l'angle sacro-vertébral.

Introduisant la main entière dans le vagin, dans le but de pratiquer le cathétérisme utérin digital, je pus introduire facilement l'index dans l'utérus et constater que la cavité utérine était vide.

Désireux de voir l'état général de cette femme s'améliorer, espérant faire disparaître l'albuminurie et voulant surtout n'intervenir qu'après l'arrêt de la circulation placentaire, je résolus d'attendre et soumis la malade au régime lacté.

Du 7 au 20 juin l'état général s'aggrava, mais l'albuminurie disparut à peu près entièrement. Le souffle et le frémissement diminuèrent progressivement et ne furent plus perçus le 19. Par contre la tension du kyste devint de plus en plus considérable.

En présence, d'un côté, de l'amaigrissement constant, de l'élévation de la température, des troubles de plus en plus accusés de la miction, de l'absence de sommeil; d'un autre côté, ayant constaté la disparition de l'albuminurie et du souffle et frémissement placentaires; enfin craignant la rupture spontanée du kyste en raison de son augmentation constante, progressive, je résolus d'intervenir et je pratiquai la laparotomie le 23 juin, à 6 h. du matin.

Je pratiquai sur la ligne médiane de l'abdomen une incision de 17 centim. Je découvris le kyste fœtal dont je trouvai la face antérieure recouverte de fausses membranes récentes. Les adhérences du kyste au péritoine étaient solides à la partie inférieure, mais à peine accusées aux parties moyenne et supérieure.

Je pratiquai immédiatement l'isolement du péritoine en suturant le kyste à la paroi abdominale au moyen d'une vingtaine de points à l'aide de la soie phéniquée.

En palpant alors la surface accessible du kyste, reconnaissant que le placenta est inséré à droite et voulant l'intéresser le moins

possible, je résolus de pratiquer l'ouverture du kyste au moyen d'une incision faite à 1 cent. à gauche de la ligne médiane. Cette incision pratiquée et mesurant toute la hauteur de la plaie abdominale, il s'écoule une certaine quantité de liquide brunâtre sans odeur; introduisant alors la main droite, j'allai chercher un pied et, par des tractions lentes, je pus extraire facilement le fœtus. Ce dernier très macéré, mais entier, mesure 46 centim. et pèse 2,300.

Introduisant à nouveau ma main dans le kyste, je constate que le placenta est inséré sur la paroi antérieure de l'abdomen, exactement au point où avaient été perçus la tuméfaction, le frémissement et le souffle.

Après avoir sectionné le cordon au niveau de son insertion placentaire, je suturai la moitié supérieure de la plaie abdominale; je plaçai à la partie inférieure deux gros tubes au moyen desquels je lavai la cavité kystique avec une solution aqueuse et saturée de naphtol.

Ces lavages au naphtol furent pratiqués deux fois par jour pendant cinq jours. Puis la température qui depuis l'opération était revenue à la normale, s'étant élevée à 39°, au moment où le placenta commençait à se détacher, je pratiquai l'irrigation continue avec le même liquide pendant 48 heures. La température s'étant alors abaissée, je revins aux lavages bi-quotidiens.

Les membranes commencèrent à s'éliminer le 3e jour après l'ouverture du kyste. Le placenta ne commença à se détacher que le 6e jour et son élimination ne fut complète que le 7 juillet, c'est-à-dire le 17e jour. A ce propos, je ferai remarquer qu'à deux reprises, le 7e et le 11e jour, de légères tractions ayant été faites sur le placenta, dans le but de hâter son décollement, déterminèrent des hémorrhagies assez sérieuses. Aussitôt après l'élimination du placenta les parois du kyste revinrent rapidement sur elles-mêmes, la plaie bourgeonna et se cicatrisa rapidement.

Je ne parlerai pas de la physionomie de cette grossesse ectopique qui au point de vue des symptômes, on peut dire classiques tels que : expulsion de la caduque au 3e mois, phénomènes péritonitiques, faux travail à terme, fut celle qu'on observe le plus communément.

Mais je ferai remarquer :

1° La présence en un point de la paroi abdominale, en rap-

port avec l'insertion placentaire, d'un frémissement et d'un souffle très facilement perçus, qui ont duré autant que la circulation inter-kysto-placentaire, et dont la disparition a été pour moi une indication de l'intervention.

2° La situation de l'utérus repoussé en arrière et en haut, alors que le plus souvent on le trouve en avant.

3° La présence de la vessie, tapissant, doublant toute la partie inférieure du kyste et empêchant de pratiquer l'élytrotomie, c'est-à-dire l'ouverture du kyste à ce niveau.

4° La tension des parois du kyste fœtal qui augmenta progressivement après la mort du fœtus, fait en opposition avec ce qu'on observe dans les cas de grossesse utérine où, le fœtus étant mort et retenu un certain temps, la tension des parois utérines diminue progressivement.

J'avais déjà constaté ce fait dans l'observation précédente.

OBS. III. — *Grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'à terme. — Laparotomie pratiquée deux mois et demi environ après la mort du fœtus. — Guérison* (1).

La nommée D..., âgée de 23 ans, entre dans mon service pour y accoucher le 15 décembre 1888. Cette femme présente les antécédents suivants : Première grossesse il y a six ans, suivie d'un accouchement à terme et spontané. Depuis cette époque, bonne santé générale. Dernières règles au commencement du mois de mars 1888 Cette grossesse évolue d'une façon à peu près normale.

Sauf des douleurs lombaires qui obligèrent cette femme à rester étendue pendant environ six semaines, rien de particulier n'attira l'attention.

Au commencement d'octobre, elle alla consulter à la Maternité où on lui dit, après examen, qu'elle était enceinte de six mois 1/2 environ et que son enfant était vivant. Elle rentra chez elle et reprit ses occupations. Bien que continuant à travailler, son état général devint mauvais en même temps que devinrent plus intenses ses douleurs abdominales et lombaires.

Éprouvant des douleurs plus vives le 15 décembre, perdant un

(1) Observation résumée lue à l'Académie de médecine le 12 mars 1889.

peu de sang et pensant être à terme, elle vint à la Maternité de Lariboisière, se croyant en travail.

A son arrivée dans la nuit, on constata l'absence de pulsations fœtales et de toutes modifications du col, et on me la présenta le lendemain matin comme une femme ayant un enfant mort et qui n'était pas en travail.

L'examinant alors, je constatai que son ventre était développé régulièrement comme chez une femme à terme, et que la paroi abdominale était tendue et résistante. Malgré cette tension, je pus par le palper percevoir le pôle fœtal supérieur dans le flanc gauche, et sentir nettement la crépitation produite par le chevauchement des os crâniens les uns sur les autres. L'auscultation ne me fit entendre ni pulsation fœtale ni souffle maternel.

Le toucher me fit reconnaître que le col était dur et l'orifice externe à peine entr'ouvert. Je perçus immédiatement, au-dessus et à droite, une petite tumeur de la grosseur d'un gros œuf que je crus être une partie fœtale. En raison de ces constatations, je fis tout d'abord le diagnostic de rétention prolongée du fœtus mort dans la cavité utérine, tout en faisant remarquer à mes élèves combien il était insolite de constater, avec une macération aussi prononcée, une tension aussi considérable de la paroi utérine : fait, leur disais-je, qui ne se rencontre que dans les cas de kyste fœtal.

L'examen de chaque jour et les symptômes observés consécutivement, en particulier l'immobilité de la tumeur abdominale, firent pénétrer de plus en plus dans mon esprit l'idée de l'existence d'une grossesse extra-utérine.

L'écoulement sanguin dura plusieurs jours puis disparut. Les douleurs étaient peu accusées.

Du 25 décembre au 11 janvier la tension parut moindre et la circonférence abdominale diminua de 9 centimètres.

L'état général devenait de plus en plus mauvais.

Le 16 janvier, cette femme rendit des urines sanguinolentes en même temps qu'en tous les points du corps où s'exerçait la moindre pression apparurent de larges plaques ecchymotiques.

Sous l'influence des inhalations d'oxygène les urines redevinrent normales et le purpura disparut. La température revint à la normale, mais le pouls resta accéléré, 130 en moyenne. Mais à partir du 23 janvier, le volume du ventre augmenta, la circonférence abdominale maxima mesurait 10 centimètres de plus que le 16 janvier.

Le col n'offrait toujours aucune modification, mais l'écoulement sanguin reparut.

En présence de ces symptômes, et avant d'essayer de pratiquer le cathétérisme utérin digital, je priai M. Tarnier de venir examiner cette femme. Après un examen minutieux pratiqué le 3 février, mon Maître émit la même opinion que moi et me conseilla, pour affirmer notre diagnostic, de pratiquer le cathétérisme utérin digital.

Deux jours après j'essayai mais en vain de faire pénétrer le doigt dans l'utérus. J'introduisis dans le col un cône d'éponge préparée et antiseptique, et le lendemain je renouvelai mes tentatives, mais je ne fus pas plus heureux. La cavité cervicale était bien dilatée, mais le doigt rencontrait un obstacle au niveau de l'orifice interne. Le corps de l'utérus était absolument fléchi sur le col. Avec une sonde molle je pus pénétrer à une profondeur de 8 à 9 cent. et cela à plusieurs reprises. Le diagnostic s'affirmait donc.

Mais l'état général devenait inquiétant. Le 8 février, la température qui depuis plusieurs jours oscillait entre 38° et 38°,6 monta brusquement à 40°. En présence de ces symptômes, je ne crus pas devoir attendre plus longtemps, et je pratiquai l'opération le lendemain 9 février, à 8 heures du matin.

Sachant que la vessie et l'utérus tapissaient la face inférieure du kyste, je résolus de pratiquer la laparotomie.

J'incisai la paroi abdominale dans une étendue de 16 centim. ; je découvris le kyste et suturai les parois aux lèvres de la plaie abdominale, à l'aide de 19 points de fils de soie.

J'incisai la paroi du kyste. Le placenta était inséré à ce niveau et mesurait 8 centim. d'épaisseur. Il s'écoula environ un litre de liquide couleur chocolat.

J'introduisis alors la main droite, j'allai chercher un pied et fis l'extraction d'un fœtus très macéré mais entier, pesant 2300 gr. et mesurant 48 centim.

Je lavai la poche avec la solution de naphtol ; je sectionnai le cordon à son insertion placentaire, je suturai la partie supérieure de la plaie abdominale, je plaçai deux gros drains à la partie inférieure et achevai le pansement. Chaque jour on pratiqua deux lavages au naphtol. La température baissa progressivement les jours suivants, et le 6e jour, c'est-à-dire le 15 février, elle était à 37°,2 le matin, et à 37°,4 le soir.

Elle remonta le soir du 19 février à 39°, mais ce jour-là le placenta fut éliminé en grande partie.

A partir de ce moment l'état général s'améliora rapidement.

Le 20 mars cette femme se levait. Les parois du kyste étaient à peu près complètement résorbées.

Les points remarquables de cette observation me paraissent être les suivants :

L'évolution silencieuse de cette grossesse ectopique dont la physionomie a été sensiblement la même que celle d'une grossesse utérine. En effet aucun accident n'attire l'attention de cette femme. Il n'y a ni expulsion de caduque, ni réaction bien apparente du côté du péritoine. Bien plus, cette femme va à la Maternité étant enceinte de 6 mois ; la sage-femme en chef, Mme Henry, dont l'expérience et l'habileté sont bien connues, l'examine elle-même et dicte le bulletin suivant : « grossesse de 6 mois et demi environ. Enfant vivant. Présentation du siège ou fibrome ? » Sauf ce point, on qui retourne ne constate rien d'anormal et on ne retient pas cette femme, chez elle, continue à vaquer à ses occupations, arrive dans mon service croyant accoucher normalement, et m'est présentée simplement comme une femme enceinte dont l'enfant est mort.

Ces faits feront comprendre mon hésitation, et si l'on joint à cela la difficulté que je rencontrai pour pénétrer dans l'utérus, on pourra se rendre compte de la difficulté du diagnostic.

J'aborde maintenant la question du traitement.

Une grossesse extra-utérine, ayant évolué à peu près jusqu'à terme, étant reconnue, le fœtus étant mort, que doit-on faire ?

Il n'est personne aujourd'hui, je pense, qui puisse conseiller l'expectation indéfinie, comptant sur la transformation du kyste fœtal et de son contenu en lithopédion. L'on sait en effet combien cette transformation a été rarement observée dans les cas où le fœtus s'est développé à peu près jusqu'à terme, et combien au contraire les accidents observés pendant la rétention du fœtus mort sont fréquents.

Sans parler même des cas de suppuration ou de rupture du kyste fœtal, l'on ne doit pas oublier que le plus souvent la présence du kyste fœtal mort suffit pour altérer gravement la santé des femmes.

Nos trois observations suffiraient pour en donner la preuve si cela était encore nécessaire. Chez aucune de nos femmes le kyste n'avait suppuré ; le contenu liquide et le fœtus ne présentaient aucune trace apparente de putréfaction, et cependant toutes les trois présentaient un état général des plus mauvais : amaigrissement, purpura, élévation de la température, pouls fréquent, etc. A ce propos je ferai remarquer que chez toutes le pouls a présenté une fréquence constante et non en rapport avec la température.

L'intervention étant résolue, à quel moment doit-on intervenir ?

La pluralité des auteurs conseillent de ne pas attendre l'explosion des accidents causés par la suppuration ; je ne discuterai donc pas ce point, me ralliant complètement à cette manière de faire.

Mais doit-on opérer aussitôt après la mort du fœtus ? Ici les opinions sont partagées. Cependant je crois, avec Kaltenbach, Fraenkel, Litzmann, Werth et Maygrier, qu'à moins d'indications spéciales, il ne faut pas opérer immédiatement après la mort du fœtus.

Dans les cas où l'incision porterait sur l'insertion placentaire, comme cela m'est arrivé dans les observations II et III, une hémorrhagie grave pourrait être à redouter.

D'après ce que j'ai pu constater chez une de mes opérées, obs. II, la circulation inter-kysto-placentaire semble disparaître vers la sixième semaine.

Effectivement chez cette femme, le souffle et le frémissement perçus au niveau du placenta disparurent à cette époque.

Je crois donc que six semaines environ après la mort du fœtus, les dangers de l'hémorrhagie causée par l'incision du placenta ne sont plus à redouter.

Le moment de l'intervention étant fixé, comment doit-on intervenir ? Doit-on toujours pratiquer la laparotomie ; doit-on, dans certains cas, préférer l'élytrotomie ?

Mon collègue Maygrier s'est déjà prononcé sur ce point; dans sa thèse d'agrégation. Comme lui, je pense que l'élytrotomie devra être préférée dans tous les cas où le kyste fœtal plonge profondément dans l'excavation, la vessie et l'utérus ayant été déplacés latéralement, et le placenta n'étant pas inséré à la partie inférieure du kyste.

Ces conditions, je les ai rencontrées dans ma première observation. Le kyste remplissait l'excavation, l'utérus était dévié à droite et la vessie rejetée tout à fait à gauche.

Le toucher m'avait permis de constater que le placenta n'était pas inséré en bas, et qu'entre la pulpe de mon doigt et les parties fœtales il n'y avait que l'épaisseur de la paroi du kyste.

J'étais donc certain que mon incision n'intéresserait ni l'utérus, ni la vessie, ni le placenta.

Je préférai dans ce cas l'élytrotomie à la laparotomie, pensant que l'écoulement du liquide se ferait beaucoup plus facilement.

Je persiste à croire bonne cette manière de faire, car l'irrigation continue du kyste, si elle était nécessaire, est bien plus facile à pratiquer après l'élytrotomie qu'après la laparotomie.

Dans les cas où les conditions que je viens d'énumérer ne se rencontrent pas, il faut pratiquer la laparotomie. C'est ce que j'ai fait dans les observations II et III.

Mais la laparotomie étant faite, doit-on chercher à enlever tout le kyste comme si l'on avait affaire à un kyste de l'ovaire, ou doit-on se contenter d'inciser le kyste fœtal, d'extraire le fœtus et attendre l'élimination du placenta ?

D'après les observations publiées, je pense qu'il est préférable de ne pas enlever le kyste. Enlever tout le kyste est peut-être plus chirurgical, mais c'est moins prudent.

L'on ne sait jamais à l'avance quelles sont les adhérences, et les difficultés que l'on pourra rencontrer pendant l'opération.

Les hémorrhagies sont à redouter, les lésions de l'intestin et de la vessie également.

Aussi je crois qu'il est plus sage, à moins d'être certain qu'il y a peu ou point d'adhérences : 1° d'inciser la paroi abdominale ; 2° le kyste étant à nu, de suturer ses parois aux bords de la plaie abdominale en circonscrivant un espace elliptique, puis d'ouvrir le kyste et d'extraire le fœtus.

Il me reste à discuter maintenant le *traitement consécutif*.

Le fœtus étant extrait, il reste une large cavité tapissée en un point par le placenta généralement très développé surtout en épaisseur. J'ai trouvé cette dernière de sept à huit centimètres dans deux de mes observations.

Je pense qu'il ne faut pas songer à décoller le placenta lorsqu'il est encore adhérent. Lorsque la mort du fœtus remonte à une date fort éloignée, on peut trouver le placenta décollé soit partiellement, soit entièrement. Les conditions sont alors bien différentes ; on peut essayer doucement et lentement d'achever le décollement effectué en partie, en ayant bien soin de s'arrêter immédiatement si la moindre hémorrhagie se produit.

Quand au contraire on opère quelques mois seulement après la mort du fœtus, je crois que toute tentative faite dans le but de décoller le placenta est dangereuse et doit être rejetée.

L'on doit attendre l'élimination spontanée de cet organe, et cette élimination se fait généralement, d'après les observations publiées et d'après ce que j'ai pu constater chez mes trois opérées, du 10e au 20e jour.

Il faut donc pendant cette période empêcher la putréfaction et s'opposer autant que possible à la résorption des produits septiques.

Lorsque l'élytrotomie a été pratiquée, il suffit pour cela, le cordon ayant été sectionné à son insertion placentaire, de

pratiquer l'irrigation continue ou fréquemment intermittente avec un liquide antiseptique. C'est ce que je fis dans l'observation I avec un plein succès.

Après la laparotomie, l'irrigation continue serait difficile à pratiquer. De plus tous les liquides antiseptiques ne pourraient être employés indifféremment sans danger.

On peut, ainsi que cela se fait assez généralement en Allemagne, bourrer la cavité kystique avec de la gaze ou de l'ouate iodoformée. Je n'ai pas adopté cette manière de faire, car je pense que la présence de la gaze indoformée empêche le retrait et l'accollement des parois kystiques.

Voici résumé, aussi brièvement que possible, le traitement consécutif auquel je m'arrêtai et qui fut employé dans les observations II et III.

Après avoir sectionné le cordon à son insertion placentaire, je lavai largement toute la cavité kystique avec une solution chaude aqueuse saturée de naphtol b., puis l'incision abdominale fut suturée à sa partie supérieure, de façon à ne laisser qu'une ouverture de 6 à 7 cent., c'est-à-dire suffisante pour laisser passer le placenta lors de son élimination. Deux gros drains furent placés à l'angle inférieur de la plaie et cette dernière recouverte de gaze phéniquée. De l'ouate en assez grande quantité et un bandage de corps compressif complétaient le pansement.

Matin et soir le lavage du kyste fut fait avec la solution de naphtol.

Dans l'observation II la température s'était élevée au moment du décollement placentaire ; je pratiquai l'irrigation continue avec le même liquide pendant 48 heures, puis, la température étant revenue à la normale, je repris les lavages bi-quotidiens. Au fur et à mesure que des portions placentaires se détachaient elles étaient entraînées en dehors par le fait de l'irrigation, ou je les sectionnais.

Je ne saurais trop insister sur les bénéfices que je retirai de l'emploi de la solution aqueuse et saturée de naphtol. Je ne sais vraiment avec quel autre liquide antiseptique j'aurais

pu, sans inconvénient, laver et irriguer cette vaste cavité kystique.

Après avoir interrogé le professeur Bouchard, ayant déjà constaté depuis longtemps, dans mon service, les propriétés de ce liquide que j'emploie exclusivement chez les albuminuriques, depuis que M. Bouchard en a fait connaître les avantages, je n'hésitai pas à l'employer dans le cas actuel. Je redoutais en effet, en raison de la stagnation du liquide dans cette large cavité, les dangers de l'intoxication avec les solutions phéniquée ou mercurielle.

Mon attente n'a pas été trompée. Il n'y eut aucun symptôme d'intoxication. L'élimination du placenta se fit sans qu'il y eût, pour ainsi dire, de mauvaise odeur. Le naphtol non caustique ne causa aucune sensation désagréable à l'opérée, et la plaie a toujours présenté le meilleur aspect. Je crois donc cet antiseptique appelé à rendre les plus grands services, lorsqu'il s'agira de laver et d'irriguer fréquemment de larges et profondes cavités.

Enfin je crois devoir appeler l'attention sur le danger qu'il y a à exercer la moindre traction sur le placenta, même alors que le décollement spontané commence à se produire.

Dans le désir bien légitime d'obtenir l'élimination complète de cet organe, on est tenté de hâter artificiellement le décollement. C'est ce qui m'est arrivé dans l'observation II. Après quelques tentatives, au moment où avec le doigt je cherchais à détruire quelques adhérences, il se produisit une hémorrhagie tellement grave qu'elle faillit emporter mon opérée.

Pour cette raison, je crois que l'abstention absolue est de rigueur.

En terminant, je ferai remarquer la rapidité avec laquelle se comble la cavité kystique. Les parois pressées de toute part par la masse intestinale, se rapprochent rapidement. En quinze ou vingt jours cette cavité disparaît. De plus les parois du kyste se résorbent de telle façon qu'après deux mois il n'en reste plus trace.

C'est au moins ce que j'ai pu constater chez mes trois opérées.

NOTE ET RÉFLEXIONS SUR UN CAS D'ABSENCE D'ANUS ET DE MALFORMATION DES ORGANES GÉNITAUX.

Par le Dr **Queirel**, de Marseille.

Le sujet dont il s'agit n'a vécu que quelques heures. La mère avait eu de nombreuses hémorrhagies, par suite d'une insertion anormale du placenta. L'enfant pesait 2,800 gr., bien conformé d'ailleurs, excepté dans la région que nous allons décrire.

Pas d'orifice anal, sillon médian interfessier bien marqué,

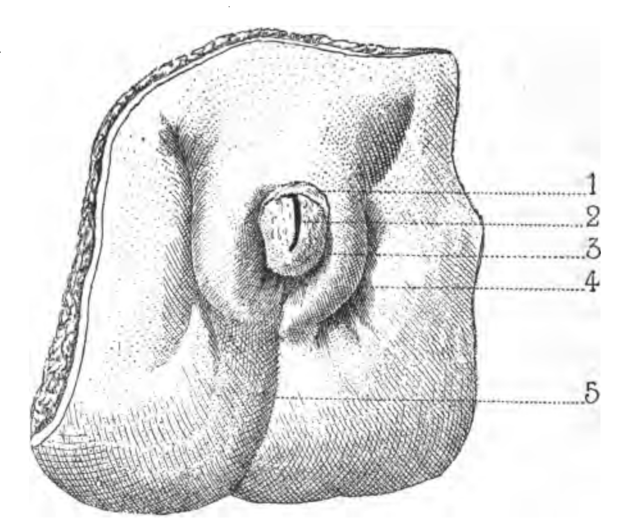


Fig. 1. — 1. Prépuce. — 2. Méat. — 3. Verge. — 4. Replis cutanés, simulant un scrotum vide. — 5. Sillon interfessier.

mais uni. Au devant du pubis, se voit un rudiment de verge, long d'un centimètre, de l'épaisseur du petit doigt ; au-dessous : deux replis cutanés, simulant un scrotum sans testi-

cules ; au-dessus : un repli cutané, assez semblable à un prépuce incomplet. L'extrémité libre, ou plutôt la partie antérieure de cet appendice pénien, est percée d'une fente, représentant le méat uréthral (fig. 1).

A la dissection : intestin vide, côlon descendant dilaté et plein de méconium ; vessie peu distendue. Entre ces deux derniers organes, se trouve une sorte de poche molle, à parois musculaires, comprenant l'intervalle qui existe entre eux, et

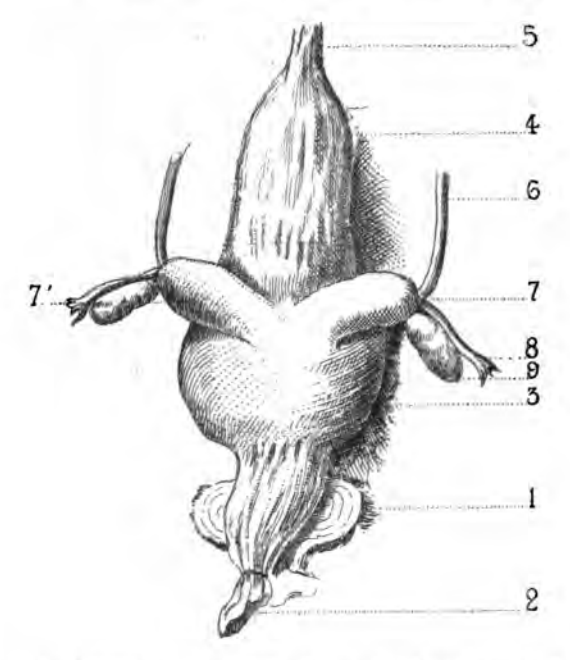


FIG. 2. — 1. Sacrum. — 2. Rectum lié. — 3. Cloaque. — 4. Vessie. — 5. Ouraque. — 6. Ligament rond. — 7. Utérus droit. Utérus gauche. — 8. Trompe. — 9. Ovaire.

sur laquelle semblent se greffer deux cornes utérines (fig. 2). Celles-ci se continuent en dehors, chacune avec une véritable trompe, à pavillon frangé et en contact avec un ovaire. Il existe aussi un ligament rond qui part de la partie moyenne de la corne et va se terminer dans le repli cutané, mentionné

plus haut, comme dans une grande lèvre ; on y voit, en effet, un canal de Nuck.

Le rectum s'insinue entre le sacrum et la face postérieure de cette poche, contracte des adhérences, au point de se confondre avec elle, dans la partie inférieure qui touche le plancher du bassin ; mais nulle part l'intestin n'arrive à contracter de rapport intime avec ce plancher.

De son côté la vessie, par sa face postérieure, adhère à cette même poche, si bien qu'en la soulevant et la tirant en avant, les deux cornes utérines donnent l'idée de deux vésicules séminales, par leur position et leurs rapports, mais non par leur aspect qui est celui de corps musculeux.

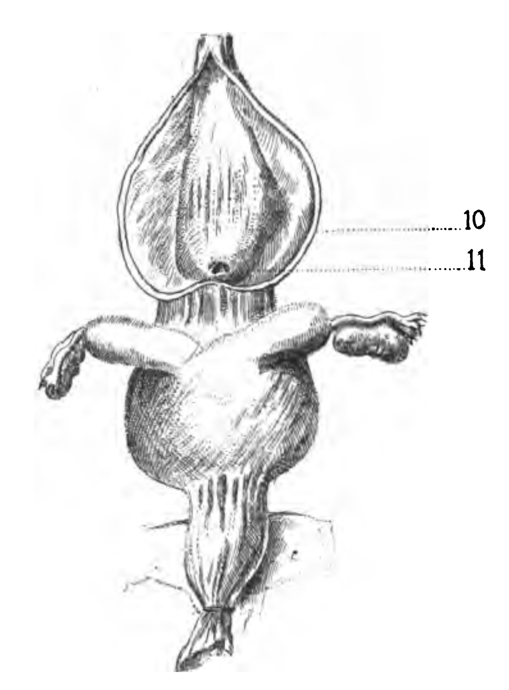


Fig. 3. — 10. Vessie ouverte. — 11. Ouverture du col vésical.

La vessie est normale et ne présente d'autre orifice que ceux des uretères et de l'urèthre (fig. 3). Ce canal se perd sous

le pubis, c'est le seul organe qui traverse le périnée et perfore les aponévroses et les muscles du plancher du bassin, ou les tissus cellulaire et fibro-musculaire qui en tiennent lieu.

La poche, véritable renflement kystique, et le rectum, soulevés, n'ont d'adhérence qu'avec les parois de l'urèthre. Si l'on introduit une sonde dans celui-ci, on trouve qu'il est libre et a son trajet normal, si au contraire on introduit l'instrument dans le rectum, sectionné au niveau du sacrum, on entre dans un cul-de-sac, au niveau de la paroi postérieure de la poche et l'on sent la sonde à travers celle-ci.

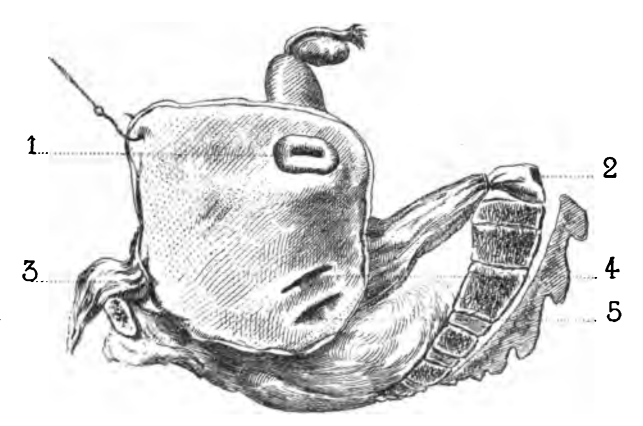


Fig. 4. — 1. Col utérin gauche. — 2. Rectum lié. — 3. Vessie renversée sur le pubis. — 4. Orifice du vagin droit. — 5. Orifice du rectum.

Cette poche, incisée par sa partie postérieure, laisse sortir un liquide épais et opalin, rappelant le liquide spermatique, mais qui n'est que du mucus (fig. 4). On est alors dans une cavité ampullaire, grande comme une coquille de noix; c'est un vagin qui laisse voir le col utérin, véritable museau de tanche, très normal, puis deux ouvertures dans sa partie inférieure. De ces deux dernières l'une laisse pénétrer dans le rectum, c'en est l'orifice inférieur, comme qui dirait l'anus; l'autre donne accès dans un cul-de-sac profond que l'on incise et au fond duquel se voit un second col utérin; c'est un second vagin (fig. 5).

Ainsi donc les deux cornes que nous voyions, avant d'avoir incisé la pièce, sont deux utérus distincts, ayant chacun leur trompe, leur ovaire et leur ligament rond. Toutes les annexes sont normales et les cavités utérines ne communiquent entre elles, ni par le fond, ni par le col. Les deux vagins se touchent, par une cloison médiane et commune, prenant insertion sur la paroi de l'urèthre, au-dessous de lui, et forment des culs-de-sac distincts autour de chaque col.

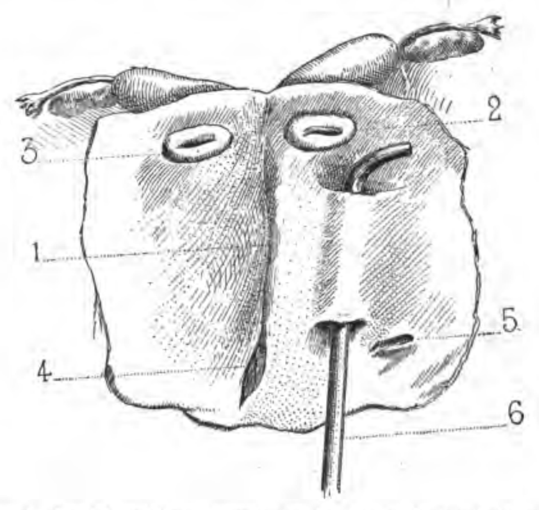


FIG. 5. — 1. Raphé médian formé par l'urèthre donnant insertion à la cloison. — 2. Col utérin droit. — 3. Gauche. — 4. Raphé ouvert laissant voir l'urèthre. — 5. Ouverture du rectum dans le cloaque. — 6. Crochet passant dans le vagin droit.

Les deux utérus incisés rappellent l'aspect, la forme et la constitution des matrices normales : corps, col avec ses orifices interne et externe, muqueuse avec les plis de l'arbre de vie, tunique musculaire propre, etc... (fig. 6).

Nous avons donc affaire ici à un fœtus féminin, ayant extérieurement la physionomie d'un mâle. La verge, percée par l'urèthre et l'absence d'ouverture au-dessous d'elle, entre les deux replis cutanés, simulant un scrotum vide, pou-

vaient faire croire à un cryptorchide avec épispadias, d'autant qu'en fendant le méat et la paroi supérieure du canal urinaire, on trouvait une véritable fosse naviculaire, avec des plis longitudinaux et des lacunes de Morgagni (fig. 7). Les corps caverneux n'étaient pas trop marqués et le tissu, plutôt graisseux que vasculaire qui paraissait les former, faisait comme une collerette à l'urèthre.

FIG. 6. — Un des utérus ouvert (grandeur naturelle).

Ce cas de tératologie nous a paru intéressant au double point de vue chirurgical et anatomique.

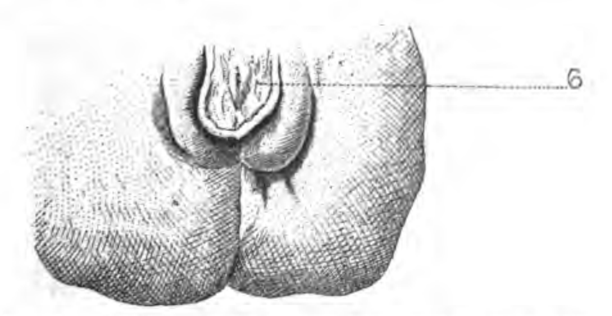


FIG. 7. — 6. Verge fendue laissant voir une fosse naviculaire.

Il montre une fois de plus que les imperforations rectales peuvent offrir des complications opératoires inattendues et cette observation plaiderait en faveur de la méthode de Littre, au moins comme méthode provisoire, toutes les fois qu'il faut intervenir rapidement.

Ici nous aurions eu de grandes difficultés, pour établir l'ouverture inférieure de l'intestin, car nous n'aurions pu arriver sur le rectum, placé trop profondément, et, en intéressant la poche vaginale seule accessible à notre bistouri, nous aurions pu croire avoir incisé la vessie, puisque nous pensions avoir devant nous un organisme mâle. En supposant que tout se fût bien passé, nous aurions pu aussi n'ouvrir que le vagin où le rectum n'aboutissait pas.

Je crois donc que la méthode de Littre, dans le cas où l'imperforation rectale n'existe pas seule, comme anomalie, ou quand la dépression anale n'est point accusée, est celle à laquelle on doit recourir tout d'abord.

Souvent dans les cas d'absence d'anus, chez les filles, le rectum s'ouvre dans le vagin ; chez les garçons dans la vessie. Quand le conduit vaginal n'est pas oblitéré le diagnostic est facile et c'est une malformation à laquelle on peut remédier en prenant son temps ou même laisser subsister, ce qui arrive quelquefois. Giraldès cite un cas, observé par Boyer, d'une femme qui, par sa profession pourtant, n'aurait pas été soupçonnée de cette dégoûtante infirmité.

J'ai opéré 4 cas d'anus imperforé : dans le premier, il n'y avait qu'une petite membrane d'apparence muqueuse à sectionner, pour établir l'ouverture normale, je n'en parle pas ; mais dans deux autres, l'extrémité ampullaire et fermée du rectum était assez profonde. Dans l'un, l'enfant guérit, c'était un garçon, pesant 3000 (août 1886), et si l'intestin se terminait en cul-de-sac, du moins il ne communiquait avec aucun organe; dans le dernier au contraire il s'ouvrait dans l'urèthre. L'opération se fit sans trop de difficulté en incisant profondément, l'enfant vécut deux jours. A l'autopsie nous constatâmes la communication du rectum et de l'urèthre, bien que durant la vie, l'urine, ni le méat n'eussent montré trace de méconium.

Cette présence du méconium dans l'urine est un signe précieux pour le diagnostic. Roux de Brignolles insistait beaucoup sur ce point et concluait à la communication de

l'intestin avec la cavité vésicale, si les urines étaient teintées de méconium ; ou seulement avec l'urèthre, si, les urines étant claires, il se montrait néanmoins quelques gouttes de liquide méconial au niveau du méat.

C'est ainsi qu'en assistant le Dr Villeneuve père, dans une opération d'anus imperforé, il fit remarquer cette particularité d'urine claire et limpide, tandis qu'une gouttelette verdâtre se montrait au bout du gland. Il en conclut que le rectum s'ouvrait non dans la cavité de la vessie, mais dans l'urèthre ; l'autopsie confirma les prévisions de ce praticien distingué.

Dans la thèse du Dr Simon Roux, frère du précédent, 1844, où j'ai pris ce dernier renseignement, on trouve une seconde observation du Dr Villeneuve père, qui a trait à un fœtus agame, présentant les signes extérieurs d'un organisme féminin. L'urèthre était la seule ouverture qui se montrât dans la région, et les langes de l'enfant, le second jour, étaient souillés, en un point circonscrit, par une tache verdâtre. A l'autopsie, on ne trouva aucune trace d'ovaire, de trompe, d'utérus ou de vagin, ni non plus de testicules, mais une sorte de poche entéro-uréthrale, divisée en deux compartiments, antérieur et postérieur. Le méconium contenu dans celui-ci, se déversait dans le premier, et pouvait passer par l'urèthre, qui était perméable ; cas à peu près semblable à celui rapporté par de West, où le côlon débouchait par une large ouverture à la partie supérieure de la vessie.

Dans ces cas de communication des organes urinaires avec l'intestin, si l'on est fixé sur le diagnostic de l'anomalie, on n'est pourtant pas sûr que le rectum soit facilement accessible au scalpel. En effet, ce dernier conduit s'arrête quelquefois très haut, au niveau de l'angle sacro-vertébral, par exemple, comme dans le cas opéré par Villeneuve. D'autres fois, au contraire, alors que rien ne met sur la voie de la situation de l'intestin, comme dans la quatrième espèce d'imperforation admise par Papendorf, on peut encore arriver sur l'ampoule rectale, entre les fibres du releveur de

l'anus et des sphincters, comme dans un cas souvent cité du Dr Roux de Brignolles, datant de 1833, et où l'opération, faite presque in extremis, fut couronnée de succès.

Howard, cité par Holmes, en 1865, opéra un garçon qui n'avait pas de trace d'anus et dont les tubérosités ischiatiques étaient très rapprochées. Il ne trouva pas l'ampoule rectale, la courbure sigmoïde était située à droite. Huguier prétend que cette inversion est la règle et certains auteurs s'autorisent de cette assertion pour conseiller d'opérer par la méthode de Littre du côté droit plutôt que du côté gauche, à l'encontre de ce qu'avait recommandé Amussat.

Dans notre cas, le rectum s'ouvrait dans le vagin droit, mais on aurait pu l'atteindre par la fosse iliaque gauche.

Il n'entre pas dans notre programme d'étudier toutes les variétés que peut affecter l'imperforation anale; nous avons voulu seulement signaler un fait nouveau qui témoigne que la cure chirurgicale de cette malformation est une véritable boîte à surprise.

Au point de vue anatomique, ce cas est aussi fort curieux et l'on peut se demander comment et quand s'est produite cette anomalie complexe ?

C'est vers la quatrième semaine que la communication entre l'intestin inférieur et l'extérieur existe; c'est donc avant que la dépression anale ne se soit accentuée qu'a dû s'arrêter le travail du feuillet externe et le cloaque ne s'est point ouvert au dehors. De même pour l'orifice vulvaire.

Du côté des organes génitaux urinaires internes, le travail plastique de l'allantoïde s'est accompli normalement, tandis que les conduits de Müller s'arrêtaient dans leur évolution au moment où, réunis dans leur partie inférieure, comme le double canon d'un fusil, la résorption de la cloison allait commencer. Le rectum, probablement distendu, s'ouvrant dans un des deux vagins, a dérangé le travail organique qui allait achever la coalescence des deux conduits et la distension vaginale à son tour l'a déterminé à son profit.

D'après Kölliker, la soudure des canaux génitaux tombe-

rait dans la fin du deuxième mois ; à trois mois, l'utérus n'est plus que bicorne. C'est donc probablement dans la première quinzaine du deuxième mois que l'arrêt de développement s'est manifesté sur ces organes.

Il serait plus difficile d'expliquer l'évolution du canal uréthral, et cette sorte d'épispadias qui se rencontre plus fréquemment dans les fœtus mâles. Serait-ce cette inversion uréthrale qui aurait entraîné le défaut d'ouverture vulvaire, et aurions-nous là un degré exagéré de la bride masculine décrite par M. Pozzi ?

Nous avouons ne pouvoir résoudre la question, et nous nous bornerons à signaler ce fait anormal.

Les planches qui accompagnent notre travail, mettront sous les yeux du lecteur les anomalies que nous avons exposées.

Enfin, le 4e cas que nous avons opéré est tout récent, nous le rapportons ici succinctement.

Le 26 janvier 1889, j'opérais une petite fille de trois jours, dont le rectum s'ouvrait dans le vagin à un centimètre environ de l'hymen. La place de l'anus étant dessinée par une petite élevure cutanée, mais complètement imperforée. Les matières fécales sortaient par la vulve, mais en petite abondance, et le ventre commençait à se ballonner. L'opération fut assez laborieuse, et le rectum n'aboutissait à la paroi postérieure du vagin que par un tout petit orifice, extrémité finale de l'intestin rétréci. La dilatation ampullaire du rectum était profonde, et il fallut inciser trois centimètres d'épaisseur de tissu pour l'ouvrir dans de bonnes conditions.

Cet organe ouvert, débridé et vidé, fut ensuite attiré vers la peau, et suturé par trois points, dont un antérieur. Si nous ne nous livrâmes pas à une dissection des bords de l'ouverture anormale, pour ne pas prolonger la durée de l'opération, du moins eûmes-nous la satisfaction de voir se fermer quand même cet orifice au bout de trois jours. En effet, au bout de ce laps de temps, le liquide des injections rectales, pratiquées matin et soir, ne passa plus par le vagin. Le seul

inconvénient qui prolongea la durée du traitement, fut le rétrécissement de l'orifice anal que nous dûmes dilater pendant trois semaines, mais les fonctions digestives se sont toujours bien accomplies.

OPÉRATION CÉSARIENNE

PRATIQUÉE POUR UN RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN, AVEC SUCCÈS POUR LA MÈRE, A L'HOTEL-DIEU DE PONTOISE

Par **A. Crimail**, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Pontoise.

Le 1er octobre 1888, à ma visite du matin, je trouvai dans la salle d'accouchement de la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Pontoise, une femme qui venait d'y entrer, envoyée par M. le Dr Cesbron de Marines, avec le diagnostic de rétrécissement du bassin.

Les douleurs avaient commencé la veille vers midi et la poche des eaux s'était rompue vers six heures du soir : la sage-femme fit appeler dans la nuit le Dr Cesbron qui, pensant que l'accouchement ne pourrait se faire par les voies naturelles, avait fait conduire la parturiente à l'Hôtel-Dieu de Pontoise.

Adèle C..., 22 ans, domestique, n'a jamais été malade, son père est mort subitement à l'âge de 40 ans. Sa mère est forte et bien portante, cinq sœurs et un frère tous en très bonne santé et bien constitués. Adèle C. a marché vers treize mois, mais n'a jamais eu de claudication, de douleurs ni dans les membres ni dans le bassin ; son développement s'est fait normalement.

Les époques menstruelles ont apparu la première fois à 15 ans, et depuis cette époque elles ont été très régulières jusqu'au moment de la grossesse qui a été très bonne.

Le thorax, fig. 1 et fig. 2, est très développé par rapport aux membres supérieurs et inférieurs, la colonne vertébrale ne présente aucune incurvation ni déviation ; les membres

supérieurs et inférieurs sont régulièrement petits, très droits et n'offrent aucune incurvation ni trace de rachitisme.

Le corps (1) a une hauteur totale de $1^m,28$.

La longueur des bras, prise de l'apophyse acromiale à l'extrémité inférieure du médius, est de....... $0^m,51^c$

Soit : de l'apophyse acromiale à l'olécrâne... $0^m,19^c$

De l'olécrâne à l'apophyse styloïde du cubitus... $0^m,17^c$ 1/2

De l'apophyse styloïde à l'extrémité du médius.. $0^m,14^c$ 1/2

La longueur du membre inférieur, prise de l'épine iliaque antérieure et supérieure au sol, est de................................ $0^m,59^c$ 1/2

Soit : de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la tête du péroné.................. $0^m,28^c$

De la tête du péroné à la malléole externe..... $0^m,27^c$ 1/2

De la malléole externe au sol................ $0^m,04^c$

Avec le pelvimètre Collin je trouve entre les épines iliaques antérieures et supérieures 20^c 1/2 et entre le milieu des crêtes iliaques 23^c 1/2, mesures qui, sur un bassin normal, doivent être de 23^c et de 26^c. Les autres mensurations, prises avec le pelvimètre, sont inférieures aux mesures prises sur un bassin normal; mais elles sont uniformément inférieures et les rapports des unes aux autres restent les mêmes que sur un bassin normal.

La mensuration digitale donne pour le diamètre antéro-postérieur, 0 m. 06 c. ; retranchant alors suivant le conseil des auteurs 0 m. 012 millim. cela donne un diamètre antéro-postérieur de 0 m. 048 millim.

C'est donc un bassin uniformément rétréci chez une naine non rachitique.

Au toucher je trouve une dilatation complète, la poche des eaux est rompue et le cordon, dans lequel on ne perçoit plus aucun battement (cette absence de battements avait déjà été

(1) Ces mensurations ont été prises après la guérison, la mensuration digitale seule avait été prise avant l'opération.

constatée par M. le D[r] Cesbron), pend dans le vagin, la tête n'est pas engagée mais se présente en O.I.G.T.

Après mon premier examen je priai mes collègues de l'hôpital, MM. les D[rs] Bibard et Meunier, d'examiner cette

femme et de me donner leur avis au sujet de la meilleure ligne de conduite à suivre :

N'ayant pas à notre disposition de basiotribe, ne possédant qu'un céphalotribe et pouvant d'autre part assurer une antisepsie aussi rigoureuse que possible, mes confrères et moi avons été d'avis de ne faire aucune tentative pour terminer

l'accouchement par les voiés naturelles, mais de pratiquer immédiatement l'opération césarienne qui, suivant nous, offrait beaucoup de chances de succès pour la mère ; car, comme le Dr Cesbron l'avait constaté avant d'envoyer sa ma-

lade à Pontoise, l'enfant était mort depuis la veille au soir.

L'Hôtel-Dieu de Pontoise n'est pas riche en salles d'isoiement, aussi mes confrères et moi fûmes-nous d'avis d'opérer dans la salle d'accouchement après y avoir fait marcher pendant plus d'une heure un pulvérisateur à vapeur phéniquée ;

je surveillai moi-même la désinfection parfaite des instruments, de nos mains et fis donner une injection à la liqueur de Van Svieten.

Toutes ces précautions antiseptiques prises je me disposai

à pratiquer mon opération avec le concours bienveillant et éclairé de MM. les Drs Bibard et Meunier, assistés des sages-femmes du service, Mmes Fromentin, Delaplace et Durieux.

Après le lavage antiseptique de l'abdomen, je fis l'incision de la peau et du tissu cellulaire à partir d'un centimètre en-

viron au-dessous de l'ombilic jusqu'à la naissance des poils du pubis ; pour éponger le sang je me servis, comme du reste pendant tout le cours de l'opération, de tampons de ouate iodoformée ; la couche musculaire, peu épaisse, étant sectionnée de même que le péritoine en deux temps différents, je tombai sur l'utérus. Jusqu'ici perte de sang presque nulle, des pinces étant immédiatement placées sur les vaisseaux : des serviettes chaudes placées autour de l'utérus sont maintenues assez fortement pour bien appliquer les parois abdominales contre l'utérus : j'incise alors la matrice sur la ligne médiane dans une étendue de onze centimètres environ ; à ce moment, hémorrhagie très abondante, aussi me hâtai-je de faire l'extraction du fœtus et du placenta et de nettoyer la cavité utérine avec des tampons de ouate iodoformée : je fus même forcé de lier deux artères utérines qui donnaient beaucoup de sang. Alors, sans aucune perte de temps, je fis avec l'aiguille de Reverdin que j'enfonçai dans le tissu utérin, sans toutefois pénétrer dans la cavité, dix points de suture avec le crin de Florence. Aussitôt l'hémorrhagie s'arrêta et l'utérus commença à se contracter. La suture de l'utérus terminée, je fus forcé de faire la toilette du péritoine, car, malgré toutes les précautions prises, un peu de sang était tombé dans le petit bassin : je me servis encore pour cela de tampons de ouate iodoformée. Cela fait, je plaçai douze points de suture sur le péritoine et fermai enfin la plaie abdominale par onze points de suture dont cinq profonds. Pansement iodoformé et ouaté.

L'opération et le pansement ont duré environ une heure, l'opérée a très bien supporté le chloroforme, et à son réveil est aussi bien que possible.

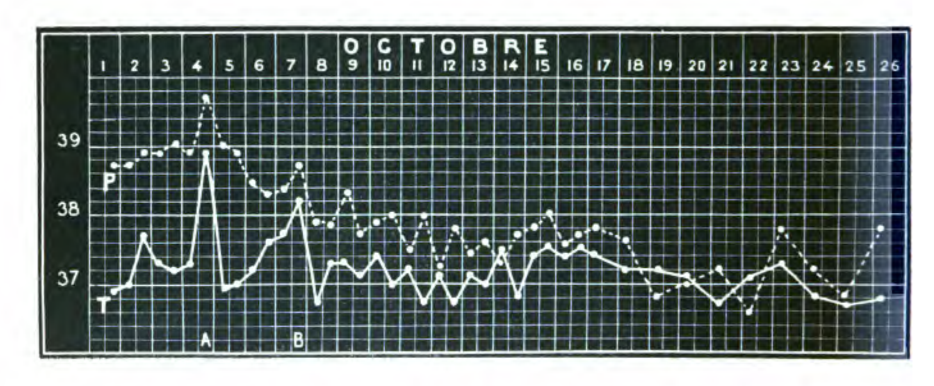
N'ayant qu'une seule garde à la Maternité, je fis rester la mère de la malade près d'elle et chargeai les sages-femmes de faire elles-mêmes les lavages et les injections.

Prescription : Alimentation légère, mais fortifiante ; vin de Bordeaux, champagne. Les 2 premiers jours, 3 injections avec le bock Pinard rempli de 500 grammes d'une solution

de bichlorure de mercure au 2/1000 : lavages avec cette solution et les tampons de ouate iodoformée, maintien d'un tampon de cette ouate constamment en avant de la vulve.

Le soir même de l'opération la miction se fit sans qu'on fût obligé d'avoir recours à la sonde, aucune douleur dans le ventre, pas de vomissements,

Les suites des couches furent normales, les lochies louables et le thermomètre ne dépassa 38° que deux fois. Or ces deux jours étaient précisément des jours de visites et il



est à penser que, malgré ma défense, on ne soit allé voir la malade et la faire causer. Le second jour il y eut une garde-robe naturelle et, à partir de ce moment, tous les matins la malade allait à la selle. Le septième jour j'enlevai les points de suture abdominale. Au niveau de deux de ces points, sur une longueur d'un demi-centimètre, la peau n'était pas cicatrisée : quelques jours après ces endroits étaient réunis et la cicatrice complète. Jamais l'utérus n'a été douloureux ni le ventre ballonné : les lochies constamment normales et sans odeur ont suivi leur cours régulier. Le 17e jour l'utérus était revenu dans le petit bassin. Le 21e jour la malade s'est levée et a été transportée dans la salle commune. Enfin le 30 novembre, c'est-à-dire 40 jours après l'opération, Adèle C. quitte l'hôpital complètement guérie.

Lors de sa sortie le ventre était très souple, l'utérus revenu à l'état normal, bien qu'un peu plus volumineux. La veille de la sortie apparaît le retour de couches, mais la malade persiste néanmoins à demander son exeat pour le lendemain.

Je joins à ces notes le tableau graphique de la température et du pouls, de même que les photographies que j'ai fait faire le 1er novembre, soit 30 jours après l'opération et qui montreront mieux que toutes les explications la conformation du corps de cette femme.

Dans un entretien que j'ai eu l'honneur d'avoir avec M. le Dr Pinard, il me disait que j'aurais dû, l'enfant étant mort, pratiquer au lieu de l'opération césarienne la basiotripsie et que j'aurais eu le même résultat sans faire courir à la mère les dangers que peut entraîner l'ouverture de la cavité abdominale. Cela est fort possible, mais il faut songer que dans nos petits hôpitaux de province nous sommes fort mal outillés la plupart du temps (l'hôpital de Pontoise ne possède pas un seul instrument).

Il y a une dizaine d'années, ayant eu affaire à un rétrécissement du bassin, moins considérable que celui-ci, je m'étais procuré un céphalotribe ; mais depuis n'ayant pas eu d'autres malformations j'avais toujours ajourné l'acquisition d'un basiotribe. Je n'avais donc le choix qu'entre une céphalotripsie et une opération césarienne et je n'ai pas hésité un seul instant, persuadé que, vu le rétrécissement : 0m,048, je ferais courir bien plus de dangers à la mère par une céphalotripsie, qui naturellement aurait été fort laborieuse, que par une opération césarienne faite avec toutes les précautions antiseptiques dont je me suis entouré.

Il est à penser que cette femme redeviendra enceinte ; si elle vient me trouver (bien que je lui aie recommandé de venir avant la fin de son septième mois de grossesse) et si l'enfant est mort, je suivrai alors sans hésitation le conseil de M. Pinard, et pratiquerai la basiotripsie.

DE QUELQUES ANOMALIES DANS LE DÉVELOPPEMENT ET LA FONCTION DES GLANDES MAMMAIRES DE LA FEMME (1).

Par le Dr **Otto Engstrom**, professeur agrégé (Helsingfors).

Il y a encore des cas de mamelles supplémentaires qu'il est difficile de reconnaître sur le sujet vivant, à moins de circonstances particulièrement favorables. Ce sont les mamelles surnuméraires sans mamelon. Tel est un cas rapporté par *Hare* (2) ; la mamelle en question était de la grosseur d'une noix et située dans l'aisselle droite. Il n'y avait pas trace de mamelon, et le lait s'écoulait par une toute petite ouverture, à peine plus grosse que les pores de la peau. La femme avait antérieurement mis au monde et allaité six enfants ; ce n'est qu'au septième qu'elle remarqua le gonflement et la sécrétion de lait dans l'aisselle.

Il est une circonstance qu'il ne faut pas oublier quand il s'agit de juger de la fréquence de la polymastie : c'est la répugnance à faire connaître cette difformité. Si une femme a remarqué qu'elle a une mamelle surnuméraire, elle sera naturellement peu portée à en parler, il s'ensuit nécessairement qu'un bon nombre de cas restent ignorés.

Il en est évidemment de même des mamelons surnuméraires. Ils sont découverts et diagnostiqués moins souvent que cette anomalie n'arrive en réalité.

Et si un cas se présente, il est quelquefois difficile, impossible même de décider si c'est un cas de mamelle ou de mamelon surnuméraire. Si le mamelon surnuméraire est entouré de tissu glanduleux et forme ainsi une région nettement limitée, la chose est toute simple, c'est indubitablement une polymastie. Si au contraire le tissu glanduleux n'est pas appréciable à la palpation et ne se manifeste pas par la

(1) Voir *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, février 1889.

(2) On a case of secretion of milk from the right axilla. *Lancet*, 1860, v. II, p. 405.

sécrétion du lait, on ne peut pourtant pas en nier absolument l'existence, et le cas reste douteux. En revanche, il y a indubitablement polythélie quand deux ou plusieurs mamelons ont une aréole commune. Mais il n'en est pas de même quand le ou les mamelons surnuméraires sont situés sur l'un ou l'autre sein. Si alors la masse glanduleuse, en rapport avec le mamelon surnuméraire, ne peut se distinguer nettement de la glande principale, on est porté, et jusqu'à un certain point autorisé, à admettre qu'il s'agit d'une glande mammaire à plusieurs mamelons. Mais on ne peut pas prouver sur le sujet vivant qu'il n'y a pas en réalité une masse glanduleuse distincte, n'ayant de commun avec la glande principale que le pannicule adipeux et la peau qui le recouvre. L'examen anatomique peut seul confirmer le diagnostic. Je n'ai observé qu'un seul cas indubitable de polymastie (1), je résume ici cette observation :

1. Gustava Adolphine N., 25 ans, femme d'ouvrier. Helsingfors. 7 décembre 1886. Les mamelles présentent un tissu glanduleux bien développé ; elles sont un peu pendantes et contiennent du lait en abondance ; les mamelons et les aréoles n'offrent rien de particulier. Sous le sein gauche, un peu en dedans de la ligne mammaire et caché par elle, un mamelon surnuméraire d'environ 3/4 de cent. de long sur 1/2 cent. d'épaisseur ; la palpation ne révèle pas de substance glanduleuse distincte, mais en pressant sur la région avoisinant immédiatement le mamelon surnuméraire, on en fait sortir deux ou trois gouttes d'un liquide lacté, qui, à l'examen microscopique, se trouve composé d'une quantité de globules graisseux, libres, de grosseur inégale, et de quelques globules de colostrum. La femme est d'ailleurs normalement constituée. Elle a mis au monde deux enfants vivants, venus à terme, le dernier il y a quelques mois. Elle ignorait cette anomalie, et n'a pas entendu parler de cas semblables dans sa parenté.

---

(1) Chez trois autres femmes j'ai trouvé des « *formations* » où il n'est guère possible de voir autre chose que des rudiments de mamelles surnuméraires. Mais comme elles n'ont pas, jusqu'ici du moins, sécrété du lait, je dois encore les considérer comme de nature douteuse.

J'ai déjà raconté comment je fus amené à diagnostiquer ce cas. La femme ne ressentait aucun malaise de sa mamelle surnuméraire, qui sécrétait d'ailleurs du lait en si petite quantité que son linge en était à peine humecté.

Dans l'observation suivante il faut voir, selon toute probabilité, un cas de polythélie :

2. Maria A., 26 ans, domestique, Helsingfors.

Le 25 octobre 1887. Les seins sont gros, un peu pendants, la substance bien développée, le lait abondant. Les mamelons normaux, grands, proéminents. Sur le sein gauche, à gauche, un peu en dedans de la ligne médiane, à environ 2 cent. au-dessus du pli entre le sein et la paroi thoracique, se trouve un mamelon bien formé, large de 3/4 de cent. sur autant de haut, un peu déprimé au centre, de couleur brune et entouré d'une aréole brune, d'environ 2,5 cent. de diamètre. Si l'on presse sur les parties voisines de ce mamelon, il en sort avec abondance du lait, qui, au microscope, se trouve contenir une infinité de globules gras, de grosseurs différentes, et quelques globules de colostrum. Ni l'inspection ni la palpation ne permettent de constater une masse glanduleuse distincte de la glande principale. La femme, qui avait remarqué ce mamelon sans en comprendre la nature, a mis au monde le 5 de ce mois un enfant vivant, venu à terme. Je découvris l'anomalie en la visitant pour juger *de ses qualités* de nourrice. Elle n'a pas entendu parler de cas semblables dans sa parenté.

Dans ce cas, comme dans la plupart des observations faites jusqu'ici, le mamelon surnuméraire est situé au-dessous du mamelon normal, un peu en dedans de la ligne médiane. Il est à gauche, comme c'est en effet le plus souvent le cas.

L'hérédité qu'on a cru quelquefois remarquer dans les anomalies de ce genre, n'a pas pu être constatée dans les cas ci-dessus.

3. — *Sécrétion de lait indépendamment d'une grossesse.*

A part la sécrétion mammaire qui a très souvent lieu chez les nouveau-nés, le fonctionnement des glandes mammaires est, nous l'avons dit, intimement lié aux modifications de l'organisme féminin qui accompagnent la grossesse. Il faut donc considérer comme une anomalie toute sécrétion de lait se produisant indépendamment d'une grossesse actuelle ou passée.

Cette anomalie se présente rarement ; on l'a même souvent révoquée en doute. *Beigel* (1), *Capron* (2), *Duval* (3), *Montgomery* (4), *Puech* (5), et d'autres, ont recueilli des observations éparses dans la littérature médicale. On en trouve aussi mentionnées dès les temps anciens. Mais ces données ne sont pas nombreuses, et ne sont certainement pas toutes dignes de foi. L'extraordinaire et le bizarre n'ont que trop d'attrait pour l'imagination, et émoussent facilement la faculté d'examiner les faits de sang-froid ; aussi n'y a-t-il pas de doute que, dans les temps anciens surtout, bien des cas aient été cités et compris comme exemples de cette anomalie, lesquels ne l'étaient en réalité point du tout. Et il faut bien en effet que cette anomalie soit rare, pour que des hommes d'une très grande expérience aient pu considérer la présence de lait dans les mamelles comme un signe infaillible d'une grossesse actuelle ou récente.

Toutefois, il est maintenant avéré qu'il peut y avoir sécrétion de lait aussi bien chez des jeunes filles avant la puberté, que chez des femmes qui n'ont pas conçu, ou même qui n'ont

---

(1) *Die Krankheiten d. weiblichen Geschlechtes.* Erlangen. Stuttgart, 1874-75.

(2) *Des anomalies de la sécrétion mammaire.* Thèse, Paris, 1877.

(3) *De la sécrétion mammaire non puerpérale.* Thèse, Paris, 1881.

(4) *On exposition of the signs and symptoms of pregnancy*, 2ᵉ, éd. London, 1856, p. 120 et sq.

(5) *Les mamelles et leurs anomalies.* Paris, 1876.

pas eu de rapports sexuels. La succion prolongée des mamelons a quelquefois provoqué une abondante sécrétion de lait. Telles sont les observations rapportés par *Baudelocque* (1), *Depaul* (2), *Duval* (3).

On a d'ailleurs fait sur les animaux des observations tout à fait analogues. Ainsi *Hervez de Chégoin* (4) raconte qu'une jeune chèvre, qui n'avait jamais été couverte, fut tetée par un chevreau, et qu'au bout de quelques jours elle eut assez de lait pour pouvoir l'allaiter. *Legroux* (4) a vu une jeune chienne qui, entendant crier un petit chien, lui donna à teter ses mamelles; il lui vint du lait et elle l'allaita.

Mais ces cas de sécrétion abondante sont si rares que ce sont toujours les mêmes qu'on voit cités dans tous les ouvrages traitant spécialement des mamelles et de leurs fonctions.

En revanche, une sécrétion peu abondante, consistant en un suintement goutte à goutte, dans les mêmes circonstances, est loin d'être aussi rare, bien que peu commune. Des observations de ce cas ont été faites par *Beigel* (5), *Hennig* (6), *Montgomery* (7), *Ribemont* (8), *Scanzoni* (9), *Zweifel* (10).

J'ai eu l'occasion d'observer quelques cas de cette anomalie. Je remarquerai dès d'abord que je ne cite que des cas de sécrétion mammaire chez des femmes n'ayant jamais conçu. En effet, la présence de lait dans les seins même plusieurs années après une grossesse ne prouve pas qu'elle en soit indépendante. On sait en effet que la sécrétion du lait en

---

(1) *L'art des accouchements*. Tome I, p. 188.

(2) *Leçons de clinique obstétricale*. Paris, 1872, p. 182.

(3) *Loc. cit.*, p. 43.

(4) *Gazette hebdomadaire*, t. IV, Paris, 1837, nº 3, p. 44.

(5) *Loc. cit.*

(6) *Monatschrift f. Geburtskunde*, Bd 23, p. 109.

(7) *Loc. cit.*

(8) DUVAL. *Loc. cit.*, p. 46.

(9) *Loc. cit.*

(10) *Lehrbuch d. Geburtshülfe*. Stuttgart, 1867, p. 108.

petite quantité peut se prolonger pendant un grand nombre d'années, et j'ai observé moi-même des cas où, des années après le dernier accouchement, une pression sur les seins faisait couler quelques gouttes de lait.

Les observations que je rapporte ici en abrégé sont toutes de ma pratique privée.

1. Sara K., 36 ans, juive. Helsingfors.

Les règles, apparues à l'âge de 17 ans, sont revenues régulièrement tous les mois, et duraient d'abord 6 ou 7 jours, mais dans les dernières années 3 ou 4 jours seulement ; elles sont toujours très douloureuses. La malade n'a jamais été grosse. Il y a huit ans, un médecin diagnostiqua une tumeur dans l'abdomen ; celle-ci avait déjà atteint une grosseur telle que la femme pouvait elle-même se convaincre de sa présence. Le 12 février 1884, j'extirpai un kyste dermoïde colossal partant de l'ovaire droit et en partie intra-ligamenteux. Après la guérison, qui se fit rapidement et sans accident, l'opérée se sentait bien et n'avait pas d'autre désir que d'avoir un enfant.

Le 22 octobre 1884, elle se présenta de nouveau chez moi. Depuis l'ovariotomie ses menstrues étaient revenues régulièrement tous les 26 jours, avec une durée de deux jours et sans fortes douleurs.

A partir du milieu de l'été, les seins sécrétaient du lait, assez pour que le linge en fût constamment mouillé. Les seins étaient un peu plus fermes et les aréoles un peu plus foncées. Les menstrues étaient, en outre, devenues moins abondantes, et la femme souffrant de nausées et d'autres troubles dyspeptiques, elle se crut enceinte. Voici, après examen, son état actuel : mamelles fortes, un peu pendantes. Aréoles brun foncé. Une pression, même légère, fait sourdre de chaque mamelon quelques gouttes de lait d'un blanc bleuâtre. L'utérus est mobile, à parois minces, placé un peu à gauche ; sa longueur intérieure est de 8,5 centim. (avant l'opération, 12 centim., par la tension de la tumeur). Portion intra-vaginale de l'utérus pâle et sans rien d'anormal. Pas d'exsudats ni de sensibilité douloureuse dans le bassin et la cavité abdominale. La femme a un peu engraissé, mais à part cela, il n'y a rien à noter sur son apparence. Elle a peine à me croire quand je lui dis qu'elle n'est pas enceinte.

2 février 1885. Depuis le mois d'octobre dernier j'ai visité

deux ou trois fois la patiente, sans rien trouver de changé dans son état. Maintenant elle est encore un peu engraissée. Les règles ont, les dernières fois, duré 3 jours. Sécrétion mammaire comme auparavant.

27 mars 1886. Les seins sont un peu mous, mais donnent encore, quand on les presse, quelques gouttes d'un lait aqueux. Pendant l'année écoulée, j'ai vu la patiente de temps en temps, le 26 février 1887. La pression fait suinter de chaque mamelon quelques gouttes de liquide d'un blanc jaunâtre ; vu au microscope ce liquide se compose d'un grand nombre de globules gras, libres, et de quelques globules de colostrum. L'utérus et les parties annexes sont libres. Les menstrues normales.

2. Mme Thérèse W., 28 ans, femme d'officier, Russe. Helsingfors.

13 septembre 1884. La patiente s'est mariée au mois de février de cette année ; aussitôt après il se forma une tumeur sur le bord interne de la grande lèvre gauche ; la douleur qu'elle en ressentait rendait toute cohabitation impossible. Dans le courant de l'été, elle fut traitée par le Dr Tarnoffsky à St-Pétersbourg ; une incision fit écouler beaucoup de pus. Les 3 dernières menstrues ont été peu abondantes, mais régulières. Depuis 4 mois, les seins ont commencé à gonfler, les glandes de Montgomery sont devenues plus saillantes, les aréoles plus foncées, l'abdomen a grossi, et la patiente a été prise de nausées. Aussi se croit-elle enceinte et a peur de l'accouchement, bien que le Dr Tarnoffsky lui ait déjà affirmé qu'elle n'est pas grosse. A l'examen, l'utérus n'est pas agrandi, il est fléchi en avant, mobile. La sécrétion utérine est augmentée, claire. Entre la grande et la petite lèvre gauches, il y a une petite place non recouverte de muqueuse, présentant un tissu légèrement infiltré et très douloureux au toucher. Le tissu glanduleux des seins est bien développé ; les glandes de Montgomery proéminentes ; les aréoles brunâtres. La pression fait écouler goutte à goutte de chaque mamelon un colostrum jaune. Du reste aucun signe de grossesse actuelle ou passée. La patiente est érotique à un haut degré ; l'attouchement de ses seins avec ses propres mains suffit à la mettre dans un état d'exaltation sexuelle. Elle est très heureuse de n'être pas enceinte et ne désire pas d'enfants.

3. Mlle Edla L., 34 ans, Raumo, s'est présentée chez moi le

22 avril 1885. Réglée à l'âge de 15 ans environ, ses menstrues sont revenues régulièrement tous les 26 jours, et durent 5 jours toujours accompagnées de vives douleurs, jusqu'à l'obliger souvent à garder le lit. Ces dernières années elles ont été moins abondantes, et la dysménorrhée a diminué. Depuis 6 ans, Mlle L. souffre de douleurs lancinantes dans les seins, surtout dans le sein gauche; ces douleurs surviennent à la suite d'émotions, de refroidissement, ou accompagnent la menstruation. En même temps, les mamelons, surtout le gauche, ont commencé à laisser écouler en petite quantité un liquide jaunâtre. L'examen donne le résultat suivant. Utérus long de 8 cent., fortement fléchi en avant, mobile. Portion intra-vaginale conique, d'un rouge un peu bleuâtre. Orifice externe rond, avec une érosion en arrière à peine visible ; sécrétion utérine augmentée, épaisse, presque muqueuse. Les parties annexes libres. Le sein gauche légèrement douloureux au toucher ; pas de chaleur ou de rougeur ; le tissu glanduleux bien développé. Le sein droit n'est pas douloureux, il est un peu plus petit que le gauche ; son tissu glanduleux est également bien développé. Les mamelons des deux seins laissent échapper une petite quantité de liquide jaune, peu épais; si l'on presse, le liquide s'écoule abondamment, mais non en jet, et davantage du sein gauche. L'état de nutrition de la patiente est bon, elle est plutôt maigre que grasse, très nerveuse, a déjà été traitée pour maladie de femme. A part l'état des seins, il n'y a aucun signe d'une grossesse actuelle ou passée.

Je prescrivis le bromure de potassium, l'arsenic et les amers ; l'endométrite fut traitée localement. Au cours du traitement, l'écoulement spontané du lait cessa, et le 10 juin on n'en pouvait plus même faire sortir par la pression. Les élancements dans les seins avaient aussi diminué. L'endométrite était presque guérie, et le système nerveux de la malade était beaucoup calmé. Elle désira retourner dans sa famille

4. Amalia T., 35 ans, paysanne de Leivonmaki, se présenta chez moi le 20 novembre 1885. Les menstrues, qui ont débuté vers 15 ans, sont revenues assez régulièrement tous les mois jusqu'à il y a trois ans, alors qu'elles revinrent pendant quelques mois avec deux semaines seulement d'intervalle ; leur durée est de 6 ou 7 jours ; pendant les premiers jours il y a de vives douleurs des reins, et aussi, pendant les premiers temps, mais plus ces dernières années, des maux de tête. Depuis plus de dix ans, la

femme est obligée pendant les premiers jours de la menstruation, de se tenir debout ou assise, car aussitôt qu'elle veut se coucher, elle a beaucoup d'oppression. Elle souffre en outre de flueurs blanches et de douleurs de reins depuis quelques années. Au commencement de 1878, elle a été en traitement à l'hôpital d'Helsingfors pour une affection cardiaque. Elle s'est mariée à 18 ans et n'a jamais été enceinte (pendant les dernières années l'homme a été par intervalles impotent). État actuel. Utérus 7 centim., en rétroflexion, n'est pas très douloureux ni notablement épaissi, le fond adhérent en arrière. Museau de tanche un peu conique, non congestionné, orifice externe de l'utérus ovale; érosion simple, la sécrétion utérine notablement augmentée, muqueuse, légèrement mélangée de matière purulente. La pression fait sortir du mamelon gauche une goutte de lait jaunâtre. Les seins n'offrent du reste rien de particulier. Pas d'autres signes qui pussent faire croire à une grossesse actuelle ou passée. Faiblesse. Lésion organique du cœur.

La malade retourna chez elle le 29 mars 1886, après un traitement local pour sa maladie génitale et un traitement général fortifiant; elle était beaucoup mieux, et son sein gauche ne sécrétait plus de lait.

5. Mme Elisabeth H..., 26 ans, de Lappo, se présenta chez moi le 8 septembre 1886. Les menstrues, apparues à 15 ans, sont revenues tous les mois, avec une durée de 2 ou 3 jours. Pas de dysménorrhée d'abord, mais depuis environ sept ans la patiente éprouve, le jour avant la menstruation, de si vives douleurs à la taille, aux reins et sur la partie antérieure des cuisses, qu'elle est obligée de garder le lit. Elle s'est mariée à 21 ans, n'a jamais été enceinte. Écoulement abondant de flueurs blanches depuis quelques années. Santé bonne d'ailleurs. Depuis six mois son sein droit sécrète du lait goutte à goutte. (Le mari, selon son propre dire, a été affecté plusieurs fois, avant et depuis le mariage, d'une légère gonorrhée.) État actuel : La patiente a une apparence de santé, un peu grasse, les chairs fermes. Utérus, 8,5 cent. en antéflexion, le fond très douloureux à la sonde, un peu aussi à la pression extérieure; mobile mais avec douleurs; le corps épaissi. Museau de tanche dans l'axe du vagin pas beaucoup épaissi, un peu hyperhémique. Ossification externe de l'utérus rond, petit, pas érodé; sécrétion utérine un peu augmentée, muqueuse et teinte de sang après le sondage. Le cul-

de-sac vaginal postérieur douloureux. Le vagin normal. Du lait jaunâtre suinte spontanément du sein droit ; l'examen microscopique révèle une infinité de globules gras, plus ou moins gros, des globules de colostrum et des groupes épars de cellules polygonales plus ou moins adhérentes entre elles, contenant de petits granules. Pas de sécrétion par le sein gauche, même à la pression. Du reste aucun signe de grossesse actuelle ou passée.

Le 4 décembre 1886, la patiente retourna chez elle; son affection interne était beaucoup améliorée. Avec une forte pression, on ne fait sortir du sein droit qu'une seule goutte de colostrum jaune.

Les données sur la sécrétion du lait en dehors d'une grossesse, sont, nous l'avons dit, très rares. L'existence de cette anomalie a été souvent passée sous silence, quelquefois absolument niée. Aussi faut-il accueillir avec la plus grande circonspection toute communication de ce genre. Soumettons donc les observations ci-dessus à une rigoureuse critique.

Dans aucun des cas, il n'y avait grossesse actuelle ; mais n'est-il pas possible qu'il y en eût eu ? Il est bien difficile d'admettre la possibilité d'une grossesse à terme, suivie d'accouchement. Il n'y en avait aucun signe. Mais les nombreux examens de toutes ces patientes, faits par moi à intervalles plus ou moins rapprochés, excluent absolument l'hypothèse d'un avortement récent. Il ne reste donc que la supposition d'une grossesse ancienne, interrompue dans son commencement par un avortement. Mais toutes ces patientes ont dit n'avoir jamais été enceintes, et, sauf le cas n° 3, elles ne pouvaient avoir aucun intérêt à nier une grossesse, si elle avait eu lieu. Si nous examinons les cas en détail, l'hypothèse d'une grossesse antérieure nous paraîtra encore moins acceptable. Dans l'observation 1, les menstrues tardives sont accompagnées de fortes douleurs. Par conséquent, ni la santé générale ni les organes génitaux ne pouvaient être dans un état parfaitement satisfaisant. Huit ans déjà avant l'opération, le kyste dermoïde avait été diagnostiqué ; il était

déjà alors assez gros pour que la patiente pût s'assurer elle-même de sa présence. Or, quand on sait combien est lent le développement des kystes dermoïdes, il faut admettre qu'il existait bien longtemps avant que le médecin ne l'eût découvert. Le développement intraligamenteux de ce kyste et l'extension de l'utérus qui en résulta, dut nécessairement occasionner des troubles de circulation et des déplacements dans les organes du bassin, circonstances peu propres à favoriser une grossesse. Mais, s'il est peu admissible qu'une grossesse eût eu lieu avant l'opération, il faut absolument exclure la supposition d'une grossesse après l'opération et à l'époque où la sécrétion du lait commença. Pendant les premiers mois, en effet, je vis et j'examinai la patiente à plusieurs reprises pour m'assurer si quelque exsudat s'était formé à la suite de l'opération. L'été suivant, alors que les mamelles commencèrent à sécréter, la malade fut examinée plusieurs fois, pendant une absence que je faisais à l'étranger, par la sage-femme qui l'avait soignée après l'ovariotomie. En automne, je la revis. Un avortement n'aurait pas pu passer inaperçu dans l'intervalle ; j'ai déjà dit qu'il n'y en avait aucun signe, pas plus que d'une grossesse actuelle.

Dans l'observation 2, un autre médecin avait déjà déclaré à la patiente, deux ou trois mois avant que je la visse, qu'elle n'était pas enceinte, bien qu'elle crût l'être à cause du gonflement de ses seins et d'autres symptômes.

Dans l'observation 3, la seule où la patiente eût pu avoir quelque motif de nier une grossesse, nous voyons la sécrétion du lait, qui durait depuis plusieurs années, cesser complètement sous l'influence du traitement appliqué à l'endométrite. Ici les circonstances semblent indiquer une connexion intime entre la sécrétion du lait et l'affection locale.

Dans l'observation 4 aussi, la patiente paraît avoir souffert d'une maladie génitale dès la première apparition des règles. La sécrétion du lait cessa pendant le traitement, comme dans le cas précédent.

Dans l'observation 5, la patiente était atteinte d'une affection génitale dès avant son mariage. L'uréthrite récidivante du mari augmenta sans aucun doute son mal. Il n'est pas admissible qu'il y eût eu gravidité auparavant, ni depuis. Ici aussi la cessation de la sécrétion coïncide avec le traitement de l'affection locale.

Ainsi donc, rien dans aucun de ces cas ne milite en faveur de l'hypothèse d'une grossesse antérieure, et tout semble prouver le contraire. Il faut donc considérer ces observations comme des preuves de la possibilité de la sécrétion mammaire non puerpérale. J'ai déjà dit qu'une sécrétion abondante de lait, dans ces circonstances, est excessivement rare; mais une sécrétion peu abondante, se manifestant à peine spontanément, telle que j'en ai donné des exemples, n'est peut-être pas très rare, bien qu'elle passe le plus souvent inaperçue.

Quant aux causes de cette anomalie fonctionnelle, elles restent encore entourées de la plus grande obscurité. On a, il est vrai, observé quelques cas très rares où la sécrétion du lait a été provoquée par une succion répétée des mamelons. On a même deux ou trois observations, qui paraissent authentiques, d'un effet semblable obtenu sur des mamelles d'hommes par le même procédé. Mais il ne paraît pas possible de décider si la succion agit seule, comme on l'admet généralement, ou concurremment avec d'autres causes inconnues. Toutefois, quelques communications que l'on trouve éparses dans la littérature médicale, sembleraient porter à admettre que la succion provoque la sécrétion du lait avec infiniment plus de facilité dans des glandes mammaires qui ont fonctionné antérieurement. On l'a même vue reparaître ainsi après la cessation des menstrues et même chez des femmes ayant dépassé la soixantaine. On sait bien, du reste, que ce n'est que sous l'influence de la succion que la sécrétion puerpérale du lait augmente et atteint tout son développement. Il est donc indubitable que la succion est d'une

grande importance. Mais si même elle peut agir seule, il est en tout cas évident que ce n'est que dans des cas très rares.

On a cru quelquefois pouvoir attribuer cette anomalie à des causes purement psychiques : le désir ardent d'être enceinte, la persuasion qu'on l'est, ou d'autres imaginations semblables. Mais, si même un seul des cas de ce genre qu'on a rapportés est authentique, cela ne donne pas l'explication du phénomène.

D'autres fois, on en a cherché la cause dans une irritation pathologique ou sexuelle des organes génitaux. Il est probable qu'en cela on est plus près de la vérité. Je me contenterai de rappeler un fait que tout gynécologiste a dû bien souvent constater. Chez quelques femmes, à l'approche de chaque menstruation, et sans qu'il y ait des troubles des organes génitaux, les seins deviennent sensibles à la pression et sont le siège de douleurs lancinantes, et cet état dure jusqu'à ce que le flux de sang soit établi, quelquefois même jusqu'à ce qu'il ait cessé. On dit même qu'il peut se produire alors une sécrétion mammaire de courte durée, mais je n'ai jamais eu l'occasion de m'en convaincre, bien que mon attention fût spécialement dirigée sur ce sujet. Une observation de *Robert Barnes* (1) fournit encore un exemple de l'influence de la menstruation sur la sécrétion du lait. Dans quelques cas où les menstrues revenaient au cours de la lactation, Barnes remarqua une réapparition de globules de colostrum dans le lait à chaque retour des règles. Du reste il n'y a aucun doute que les mamelles et les organes génitaux ne soient en très intime connexion. Rien ne le prouve mieux que leur développement parallèle et le fait que le fonctionnement des glandes mammaires ne commence qu'avec la fructification de l'œuf. Mais il est réservé à l'avenir d'établir la nature du lien qui unit ces organes. « Autrefois on

(1) R. F. Baresn. *Obstetric. medicine and surgery*, vol. I, London, 1884, p. 200.

l'appelait une sympathie, aujourd'hui on le désigne sous le nom d'acte réflexe, sans le connaître davantage, dit très justement de Sinéty » (1).

Dans toutes mes observations de sécrétion mammaire non puerpérale, il y avait affection génitale plus ou moins avancée. On ne peut pas dire si c'est toujours le cas, parce que l'attention ne paraît pas s'être portée sur ce point.

J'ai dit en passant que la sécrétion normale du lait accompagnant une grossesse, peut se prolonger, fût-ce en quantité à peine appréciable, plusieurs années après que la mère a cessé d'allaiter. Il paraît pouvoir en être de même de la sécrétion non puerpérale. Les observations de Beigel et Montgomery et d'autres, montrent que celle-ci peut continuer pendant deux ou trois ans au moins. Dans la première de mes observations, la sécrétion durait depuis 2 ans 1/2 la dernière fois que je vis la patiente. Dans la troisième cette anomalie durait, au dire de la femme, depuis 6 ans. D'autre part, il est plus que probable que la durée peut aussi en être très courte.

Les observations 4 et 5 prouvent qu'il peut arriver que l'un des seins seulement est le siège d'une sécrétion anormale.

Outre l'intérêt théorique qu'une pareille anomalie fonctionnelle présente, elle en a aussi un tout pratique, qui est d'une importance réelle.

On sait qu'il est des accoucheurs qui considèrent la présence du lait dans les mamelles comme le signe indubitable d'une grossesse actuelle ou passée. Mais, à l'heure qu'il est, la plupart des spécialistes paraissent penser avec Montgomery « que rien n'est plus erroné qu'une présomption pareille, si on l'adopte sans réserve ». Mes observations confirment cette manière de voir.

(1) *Traité pratique de gynécologie*, 1re édit., Paris, 1884, p. 930.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

JOUIN. — **De l'endométrite tuberculeuse** (1).

LABUSQUIÈRE. **Grossesse gémellaire, accouchement à terme, accès éclamptiques survenus au cours du travail, et ayant persisté après la délivrance, guérison.** — Il s'agit d'une jeune femme, qui avait eu déjà 2 avortements, de 2 à 3 mois. La 3e grossesse avait évolué à souhait. Accouchement à terme, prolongé. Au moment où la dilatation était à peu près complète, sans que rien eût pu faire prévoir semblable complication, apparition des accès éclamptiques. M. le Dr Péchin, qui dirigeait l'accouchement, fit mander l'auteur de la communication.

On administre le chloroforme jusqu'à résolution complète et l'on procède à la terminaison de l'accouchement. Extraction d'un premier enfant avec le forceps, intervention facile. Cet enfant qui était mort, pesait 2,400 gr. Extraction manuelle d'un second enfant, qui venait par le siège. Cet enfant, bien vivant, pesait 2,600 gr. Délivrance spontanée, placenta très volumineux ; pas d'*hémorrhagie post-partum*.

Demi-heure environ après la délivrance, nouvel accès éclamptique. On redonne du chloroforme et on administre un lavement additionné de 6 gr. de chloral; 10 heures après, deuxième lavement de chloral. Plus d'accès éclamptiques.

Pendant les premiers jours, il fallut sonder la malade. Le 1er jour, urines rares, fortement chargées d'albumine. Le 2e jour, urines beaucoup plus abondantes, avec 8 gr. d'albumine par litre. Immédiatement, la femme fut soumise au régime lacté exclusif, et on ne s'en départit que dix jours après environ, alors que, depuis 2 jours, l'analyse avait démontré la disparition de l'albumine dans les urines.

En résumé, éclampsie survenue au cours de l'accouchement, attribuable surtout à la longueur du travail, et à la présence de deux fœtus. Le 2e enfant se développe très bien.

(1) Nous donnerons dans notre prochain numéro le résumé de ce travail intéressant. R. L.

Charpentier. **Quelques observations de fœtus mort-nés.** — 1° Enfant *mort 24 heures après sa naissance, d'une hémorrhagie continue,* que rien ne put arrêter (compression, cautérisation...),et dont le foyer correspondait à l'une des commissures labiales. Voici dans quelles circonstances particulières il était venu au monde. Sa mère, déjà secondipare, avait un rétrécissement du bassin qui, dans deux accouchements antérieurs, avait donné lieu à des interventions laborieuses. Pour les prévenir cette fois, on eut recours à l'accouchement prématuré, provoqué par le procédé de Krause. La dilatation étant complète, et la tête fœtale restant depuis longtemps au-dessus du détroit supérieur, la poche des eaux fut rompue. Mais, comme 'écoulement de celles-ci se compliqua d'une procidence du cordon, qui se montra irréductible, on fit la version. L'extraction de la tête fut laborieuse. Dès la naissance, on constata l'existence du suintement sanguin, qui résista à tout. Le liquide amniotique était mélangé de sang.

L'hémophilie a sans doute été cause de la mort.

2) Enfant né de parents très bien portants, vigoureux, et qui est venu au monde chétif, cyanosé; il y avait *persistance du trou de Botal.* M. Charpentier rapporte cette anomalie à la *consanguinité,* le père et la mère sont cousins germains.

3) *Enfant ayant succombé quelque temps avant le travail.* La grossesse avait évolué de la façon la plus normale. 6 jours auparavant, M. Charpentier à l'aide du palper et de l'*auscultation* combinés, avait reconnu une droite postérieure. Durée du travail, 6 heures. L'enfant très gros (4 kilogr.), présentait sur le corps quelques vésicules et les traces d'une macération légère. M. Charpentier incline à rapporter la mort de l'enfant à des excès alcooliques, commis par la mère plusieurs années auparavant. Excès alcooliques, si considérables, qu'ils avaient déterminé des accidents de paralysie. Mais, depuis, cette personne avait recouvré un état de santé parfait, en apparence du moins. M. Charpentier désire connaître *à quelle époque on pourrait, d'après l'avis de ses collègues, permettre sans danger pour l'enfant, une nouvelle grossesse ?*

4) Il s'agit d'un *œuf abortif,* expulsé vers le 7me mois de la grossesse, d'après la date des dernières règles. Mais, en réalité, le volume de l'embryon, qui était momifié, ratatiné, et celui du placenta correspondaient seulement à une grossesse de trois mois. On n'a

trouvé, tant du côté de l'œuf que de la mère, du père et des parents, aucune circonstance de nature à expliquer cette expulsion prématurée de l'œuf.

En terminant, M. Charpentier cite un 5me fait, dans lequel l'enfant faillit aussi succomber, encore dans des circonstances rares; voici le cas : une femme primipare est en travail, l'accouchement touche à sa fin, car la tête fœtale est à la vulve. Tout à coup, la femme est prise d'un grand frisson, avec ralentissement du pouls et tendance syncopale, état qui se prolonge durant un quart d'heure. L'enfant naît un peu étonné, et fait entendre un râle trachéal intense, qui s'accompagne de menaces d'asphyxie, et qui témoigne que l'enfant a dû *aspirer* de nombreuses mucosités. On enlève le plus de mucosités que l'on peut, mais ce n'est qu'après l'administration d'un purgatif et d'un vomitif, que tout danger disparaît.

Discussion : PAJOT, CHARPENTIER, GUÉNIOT, JOUIN, LABUSQUIÈRE.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

Séance du 2 janvier 1889.

Présentation: W. DUNCAN. — **Utérus atteint de sarcome,** enlevé sur le vivant.

GRIFFITH. — **Acardiaque, acéphale.**

TRESTAIL et DORAN : **Acardiaque mylacéphale.**

A. DONALD. **Des procédés de craniotomie.** — Si grands que puissent être les mérites de l'opération césarienne perfectionnée, il est des circonstances dans lesquelles la craniotomie s'imposera. Ainsi : *a*) quand on se sera déjà livré, sans succès, à des tentatives d'extraction, *prolongées*, avec le forceps; *b*) quand on aura pratiqué la version et également échoué dans les tentatives d'extraction; *c*) quand il y a certitude ou très grande probabilité que le fœtus est mort, quand l'état de la mère est tel qu'on peut, *a priori*, estimer que l'opération césarienne lui serait fatale; *e*) dans certains cas de déformations fœtales.

A quel mode de craniotomie doit-on donner la préférence?

Il importe d'établir une distinction entre les cas où :

A) la *sténose pelvienne est modérée*

B) et ceux, *où le rétrécissement est considérable.*

1er *groupe.* A). — A-t-on déjà employé le forceps à tractions sui-

vant l'axe, dans la juste mesure que comporte la sécurité de la femme, et en dépit de ces tentatives, la tête ne s'est-elle pas engagée, on peut perforer la voûte crânienne, le forceps ayant été laissé en place, et après qu'on a solidement fixé l'instrument au moyen de la vis de pression.

La perforation faite, on utilise le forceps comme tracteur.

2me *groupe.* B). — Méthode à suivre : 1) version podalique et extraction du tronc.

2) Perforation à travers le plancher de la bouche.

3) Céphalotripsie sur la tête dernière.

4) Extraction de la tête au moyen de tractions avec le céphalotribe, ou de tractions sur le tronc et sur le maxillaire inférieur, combinées avec une pression supra-pubienne.

Avantages de la méthode : *a*) la base du crâne est réellement brisée ; *b*) la tête est solidement fixée durant la perforation et le broiement ; *c*) la position de la tête est facilement modifiée, ce qui permet d'appliquer le céphalotribe suivant différents diamètres, ou de placer le diamètre fœtal aplati suivant le diam. pelvien *minimum* ; *d*) l'abaissement et l'adaptation de la tête sont souvent promptement obtenus par les tractions combinées sur le corps, sur le maxillaire inférieur, secondées par la pression supra-pubienne. Quant aux difficultés opératoires, elle peuvent se rencontrer dans la version préalable, dans l'extraction du tronc, dans la perforation et l'extraction.

Discussion : CHAMPNEYS, GALABIN, HERMAN, GERVIS, ROUTH, HORROCKS, CULLINGWORT, GRIFFITH, DONALD.

SOCIÉTÉ ANGLAISE DE GYNÉCOLOGIE

Séance du 28 *décembre* 1888.

Présentations : Savage. **Annexes de l'utérus,** enlevées sur 2 femmes âgées de 20 ans. Dans l'un des cas, on trouva du pus dans l'un des ovaires et dans l'une des trompes. Dans l'autre cas, les deux ovaires étaient le siège de plusieurs petits kystes. Depuis plusieurs années, les deux femmes, qui souffraient beaucoup, avaient été soumises, sans aucun bénéfice, à toutes sortes de traitements.

Discussion. ROUTH dit, qu'en beaucoup de cas semblables, ces collections purulentes ont pu se cicatriser après résorption de leur contenu liquide, et que tous les troubles ont consécutivement

disparu. Également, il croit que souvent la ponction par le vagin, suivie d'injections iodiques, suffirait pour guérir ces foyers de suppuration, etc. L. Tait déclare qu'*un médecin qui, en semblables conditions, et devant des indications aussi formelles, se soustrairait à son devoir, en s'abritant sous l'espoir hypothétique que la femme pourrait bien, plus tard, mettre au monde un enfant, ne serait ni plus ni moins qu'un criminel*. Il nie l'efficacité de la ponction suivie de l'injection iodée.

L. Tait. a) **Pyosalpinx**. Annexes de l'utérus enlevées sur une femme âgée de 39 ans. Mariée une 1re fois, en 20 mois, elle met au monde 2 enfants. Peu après le 2e accouchement, elle contracte la blennorrhagie de son mari. Depuis lors, souffrances presque continues. Mariée de nouveau, elle reste stérile. Stérilité qui dure depuis 19 à 20 ans. Elle était atteinte d'une *pyosalpingite double*.

b) *Grossesse tubaire rompue*. Ce cas montre quelles peuvent être les difficultés du diagnostic.

D'ailleurs, Tait a depuis longtemps établi comme règle que *les incertitudes au sujet du diagnostic ne doivent pas arrêter la main du chirurgien*. La femme dont il s'agit ressentait depuis 4 mois des douleurs pelviennes. Du côté de la menstruation, rien d'anormal, *aucune absence d'une des périodes cataméniales*. Agée de 28 ans, la femme avait eu un enfant à 22 ans. Aucun antécédent de périmétrite, de dysménorrhée. Et cependant, en raison de ces douleurs hypogastriques, elle ne pouvait ni marcher ni se tenir debout. *Diagnostic non fait*, mais *opération*, qui permit de constater qu'il y avait *rupture d'un kyste fœtal tubaire*, rupture remontant sans doute à quelques semaines auparavant.

Discussion : Mansell-Moulin, Grigg, J. Sinclair, Savage, Bantock, Tait.

Bantock. — 2 **utérus atteints de fibromes**, enlevés par hystérectomie supra-vaginale; le 1er utérus provient d'une femme âgée de 43 ans, il pèse 14 livres. *Guérison*.

Quant à la 2e pièce, elle provient d'une femme âgée, qui a *succombé* le 6e jour après l'opération. Voici l'histoire de ce cas : l'existence de la tumeur avait été reconnue déjà, de 9 à 10 années auparavant. Il y a 8 ans environ, on fit la laparotomie, mais le chirurgien estima qu'il était préférable de ne pas tenter l'extirpation de la tumeur, et la plaie abdominale fut refermée. Il y a

4 ans, la femme entrait au « *St-Bartholomew's Hospital* », mais on la renvoya encore chez elle sans avoir rien tenté. *Le cas n'était pas encourageant.* Circonférence ombilicale, 1m,30.

Laparotomie. Les 2 ligaments larges étaient si fortement intéressés que leur réflexion se faisait bien au-dessus de la crête iliaque. Il fallut, de chaque côté, lier des vaisseaux volumineux. La base de la tumeur dut être énuclée. La masse enlevée, on sutura la portion antérieure du péritoine à la portion postérieure, de façon à clore, exactement, la surface déchirée. *La tumeur pèse* 64 *livres* (!). Mort, six jours après l'opération.

F. Barnes. — **Tumeur fibreuse**, pesant 4 livres, enlevée sur une femme âgée de 30 ans. *Guérison.*

(*The Brit. med. J.* Janvier 1889.)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE BERLIN

Séance du 9 *novembre* 1888.

Présentations : Olshausen. a) **Kyste fœtal extra-utérin avec un fœtus à terme.** — La pièce a été enlevée 14 jours auparavant au moyen de la laparotomie. L'enfant est âgé de 14 mois, mais il a succombé après 9 mois de grossesse. Le kyste fœtal, développé dans la trompe droite, avait contracté de nombreuses adhérences avec l'épiploon et l'intestin. Opération assez laborieuse. Durant 8 jours, l'opérée n'a pas eu de fièvre, mais depuis est survenue une pyrexie légère, sans cause appréciable.

b) **Enfant vivant**, extrait, après laparotomie, dans un cas de *grossesse extra-utérine* (traduction exacte). D'après la supputation habituelle, la grossesse était à 10 jours du terme. On trouva l'enfant libre dans la cavité abdominale. Quant au sac qui, 6 jours auparavant, s'était rompu sans hémorrhagie sérieuse, il était constitué par la trompe droite. Le placenta, ainsi que les débris reconnaissables du kyste fœtal, furent enlevés. Opérée le 1er novembre, la femme est bien actuellement (1).

Gottshalk. **Œuf gémellaire abortif.** — L'intérêt de cette pièce est dans les différences considérables qui existent entre les deux embryons au point de vue du développement. Ces différences sont si accusées, qu'il est difficile de nier formellement que le plus petit

---

(1) Le fait nous paraît tout à fait extraordinaire (*N. de la R.*).

des deux œufs ait pu, bien que provenant de la même ponte ovulaire que le plus gros, être fécondé plus tard.

Brose. **Fœtus macéré** extrait après laparotomie dans un cas de *grossesse extra-utérine.* — La pièce provient d'une femme âgée de 26 ans, IIpare. Dernières règles le 8 avril 1888. Le 19 septembre hémorrhagie qui, à part quelques courts intervalles, a persisté. Durant les mois de juillet, août et septembre, poussées légères de péritonite. Le 24 septembre expulsion d'une membrane qu'on reconnut être une caduque. Vers le 2 novembre, il survint de la fièvre, jusqu'à 38°,5, et de fortes douleurs.

Le 8 novembre, *laparotomie.* Le péritoine incisé, il s'écoule un peu de liquide séro-sanguinolent. Au niveau de la plaie abdominale, se montre l'épiploon, vivement enflammé. Le kyste fœtal, extra-utérin, a contracté de nombreuses adhérences avec l'épiploon et l'intestin. Mais, comme ces adhérences sont de date récente, elles se laissent détruire sans peine et elles donnent peu de sang. L'enfant est extrait facilement. Quant au sac, on constate que sa paroi supérieure est intacte, tandis qu'en avant il existe une ouverture à travers laquelle la main pénètre aisément. Après tamponnement avec de la gaze iodoformée, on le suture à la paroi abdominale, mais l'accolement ne peut être effectué d'une manière parfaite.

D'après l'état de macération de l'enfant, sa mort remonte à 4-6 semaines, toutefois elle n'a dû se produire que plus tard parce que les adhérences entre le kyste et l'intestin, datent au plus de 14 jours. Le liquide amniotique était résorbé.

Aujourd'hui, 2 jours après l'opération, la femme est bien. La fièvre est tombée immédiatement après la laparotomie.

Duhrssen. **Fœtus et placenta** provenant d'une *grossesse extra-utérine.* — L'indication formelle à une intervention chirurgicale fut constituée par des accidents d'iléus. La grossesse était arrivée au 7e mois, et la femme avait tout le temps ressenti des douleurs, qui s'étaient encore exagérées dans les derniers jours; de plus, *les garde-robes étaient supprimées.*

Examen : Ventre ballonné, distendu, très douloureux. Dans le flanc gauche, *immédiatement sous la peau*, tumeur volumineuse, qui était la tête fœtale. Utérus étroitement appliqué contre la symphyse qui mesurait 4 centim. Cavité utérine, libre, ce que le cathétérisme permit de constater. Dans le cul-de-sac vaginal postérieur,

qui bombait fortement dans le vagin, masse irrégulière résistante, qui comprimait tellement le rectum, que celui-ci était absolument obstrué, et qu'il était impossible de franchir l'obstacle. T. 37°,7; P. 120. *Diagnostic : iléus produit par la compression exercée sur le rectum par un kyste fœtal, extra-utérin. Laparotomie* très laborieuse en raison d'adhérences nombreuses. Le fœtus était mort depuis longtemps. Pour supprimer l'iléus, il fut nécessaire d'extraire le placenta, qui était inséré dans le cul-de-sac de Douglas et sur des anses intestinales. Le décollement du délivre fut suivi d'une hémorrhagie abondante. *Mort*, peu après l'opération.

Les deux cas d'iléus, causés par un kyste fœtal extra-utérin, (Chevallier et Bouilly), se sont également terminés par la mort, après opération dans l'un des cas, sans opération dans l'autre.

DUHRSSEN. **De la rupture de la symphyse**. — Duhrssen présente une femme qu'il a délivrée, il y a un an, avec le forceps, d'un enfant qui pesait 5884 gr. Au moment de la sortie des épaules (circonférence au niveau des épaules 50 centim.), il se fit une rupture de la symphyse. Cette lésion, malgré la fixation de la symphyse et l'absence de tout autre signe de fièvre puerpérale, se compliqua de suppuration de l'articulation. Après incision de l'abcès, il se fit, en l'espace de 4 semaines, une réunion extrêmement solide des extrémités de la symphyse pubienne, qui avaient été le siège de phénomènes de nécrose.

Suivant tous les auteurs, le pronostic de la suppuration de la symphyse, sous le rapport de l'existence, est défavorable, mais, statistiques en mains, Duhrssen montre que cela n'est vrai que lorsqu'il y a, coïncidemment, fièvre puerpérale, et dans les cas où la collection purulente n'est pas incisée. Le pronostic de la suppuration de la symphyse, quand il n'y a pas fièvre puerpérale, est absolument bénin si l'on ouvre l'abcès, que la suppuration ait lieu dans une symphyse primitivement rupturée ou intacte. Suivant le jugement de l'auteur, la suppuration de la symphyse, constitue à la vérité un accident puerpéral, mais local au début; c'est par *pyohémie* qu'il conduit à la mort lorsqu'on ne fait pas, à temps, l'incision de l'abcès.

Discussion : OLSHAUSEN, VEIT, MARTIN, GUSSEROW, DUHRSSEN. (*Cent. f. Gyn.*, 1888, n° 49.)

SOCIÉTÉ GYNÉCOLOGIQUE DE DRESDE

Séances du 6 juin et du 5 juillet 1888.

Présentations : LÉOPOLD : a) **Hémato-salpinx et hémato-ovarite du côté droit.**

b) **Carcinome de l'ovaire droit et de la trompe droite de la grosseur d'une tête d'enfant.**

c) **Myôme de la paroi antérieure de l'utérus ayant presque le volume d'une tête d'adulte.**

d) **Kyste parovarique uniloculaire.**

e) **Ovaires obtenus par castration.**

LÉOPOLD. **De la fixation de l'utérus à la paroi abdominale.** — L'auteur communique plusieurs nouveaux cas de redressement de l'utérus rétrofléchi, et de fixation de l'organe à la paroi antérieure du ventre, suivant le mode opératoire qu'il a indiqué. Dans tous les cas (8 jusqu'ici), guérison régulière. Quant aux résultats thérapeutiques, ils seront l'objet d'une communication ultérieure.

BODE pense qu'on peut éviter la suture de l'utérus à la paroi abdominale. Et il propose, contre la déviation en arrière de la matrice, une modification de l'opération d'Alexander : faire la laparotomie et alors, de l'intérieur étant, raccourcir les ligaments ronds. SCHRAMM a jusqu'à ce jour fait 5 fois l'hystéropexie suivant différentes méthodes. Chez toutes ses opérées, qui d'ailleurs ont parfaitement guéri de l'acte opératoire, l'utérus est en antéversion. Mais l'intervention est de date trop récente pour qu'il soit loisible de parler de résultat définitif. SCHRAMM cite alors un procédé qui lui a été indiqué par Mikuliez, destiné à opérer la réunion prompte de deux surfaces séreuses : *enduire les deux surfaces de collodion et les maintenir au contact.* Ce procédé sera-t-il applicable à la cure des rétro-déviations de l'utérus, c'est là un point que des recherches ultérieures pourront décider.

KLOTZ, croit que, seul, le poids de l'utérus suffirait à rendre illusoire l'emploi de ce procédé.

SCHRAMM. **Un cas de rougeole pendant la grossesse.** — Les observations de rougeole, survenant au cours de la grossesse, sont rares. La pénurie des observations à ce sujet ne permet pas d'établir, d'une manière précise, l'influence de cet exanthème fébrile sur l'évo-

(1) *Cent. f. Gynäk.*, 1888, p. 161.

lution de la grossesse. Et si l'on s'en tient aux données que l'on rencontre dans la littérature médicale, il semble que les femmes enceintes et les accouchées soient plus exposées à contracter la scarlatine que la rougeole.

Obs. — Une femme de forte constitution, robuste, arrivée au 8e mois de sa grossesse, couche dans la même chambre qu'un enfant atteint de rougeole. Le 27 mai elle est prise de toux, et accuse de la photophobie, des douleurs de tête et de la région sacrée. Le lendemain, apparition de l'exanthème, qui est surtout marqué au visage et qui, de là, s'étend sur toute la surface du corps.

Présentations : Schramm. a). **Myôme utérin enlevé par l'hystérectomie vaginale** sur une femme de 49 ans. Indications de l'opération, hémorrhagies graves. L'utérus avait le volume d'une tête d'enfant. L'extraction de l'organe fut laborieuse, et ne réussit qu'après incision verticale de la paroi utérine antérieure, et morcellement de la tumeur. *Guérison.*

b) **Utérus atteint d'un carcinome du col de la grosseur d'une noisette** enlevé sur une femme de 66 ans. *Guérison rapide.*

c) **Ovaires encapsulés dans des membranes péri-ovariques** ; dans l'un des ovaires hématome de la grosseur d'une noix. Depuis de longues années, la femme était sujette à des douleurs hypogastriques contre lesquelles on eut recours à la suture à la paroi abdominale de l'utérus rétro-dévié. Au cours de cette opération, on vit que les ovaires étaient enfouis au milieu de membranes et on les enleva. La femme, âgée de 23 ans, a recouvré une santé parfaite. Toux croupale, dyspnée; sur le palais, hyperhémies circonscrites, photophobie, conjonctivite. Le 1er juin, T. 38°,4. Le lendemain la température tombe à la normale, la respiration est encore difficile, l'exanthème est dans son plein. Dans l'après-midi, apparaissent de légères douleurs et très espacées. Après rupture de la poche des eaux, elles demeurent plus fortes sans qu'elles parviennent toutefois à dégager la tête fœtale, qui reste au détroit inférieur. Cessation des douleurs. A minuit et demi, application de forceps et extraction d'un enfant très faible, qui succombe 2 heures après. Durant les premiers jours des suites de couches, état assez satisfaisant de l'accouchée. Lochies sanglantes très abondantes, sueurs profuses ; cessation des troubles dyspnéiques. Temp. 38°,5. L'exanthème pâlit. Le mouvement fébrile persiste encore quelques jours et le 15 juin la temp. atteint 40°,5. Suppuration abondante de l'o-

reille droite, otite moyenne et perforation du tympan. Le 29 juin la femme quitte le lit.

Il convient de relever deux circonstances dans ce cas : a) *l'interruption de la grossesse par le virus rubéolique, sans qu'il y ait eu infection de l'enfant;* b) *la faiblesse des contractions utérines.*

Grenser pense qu'il ne faut pas trop facilement souscrire à l'idée que l'état puerpéral se complique plus fréquemment de scarlatine que de rougeole, l'inverse de la proposition lui paraît plus juste. Il a eu l'occasion d'observer deux cas de rougeole durant les suites de couches ; dans les deux cas, l'issue fut aussi satisfaisante que possible. Léopold a vu également deux cas analogues, et, dans l'un, la transmission de la rougeole à l'enfant se fit le 2e jour après l'accouchement.

Dr R. Labusquière.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE NEW-YORK

Séance du 20 *novembre* 1888.

PRÉSIDENCE DE HANKS

Nilsen. **Varice du plexus pampiniforme, comme cause de la douleur ovarique.** — Nilsen a enlevé un kyste ovarique, entouré de veines variqueuses, et adhérant à l'appendice vermiculaire, rempli d'une substance sablonneuse, et a rentré l'appendice dans l'abdomen.

Hanks croit qu'il faudra bientôt faire la laparotomie, pour un abcès typhlique.

En réponse à des questions posées par divers membres, Nilsen dit que l'utérus était gros, mais non déplacé, que le contour du kyste était parfaitement clair, et ne contenait rien de dermoïde, et que le col présentait une déchirure très large.

Hanks croit que les varices suffisent à expliquer la vive douleur éprouvée par la malade, et semblable à celle que cause le varicocèle.

Nilsen. **Catgut au genièvre.** — Le catgut qu'il a employé quatre fois était préparé à l'huile de *baies* de genièvre, et les plaies ont suppuré. Il faut le conserver dans l'huile de *bois* de genièvre.

Coe a eu des accidents semblables.

Grandin se loue du catgut au genièvre et du *silkworm gut* (intestin du ver à soie). Il ne se sert presque plus du fil métallique pour les anaplasties. Le catgut de Nilsen renfermait sans doute des germes.

Dudley a eu de la suppuration, avec le catgut de Am. Ende. Il voit maintenant que c'est le fil qui a causé cet accident.

Boldt recommande de faire bouillir le catgut dans une solution alcoolique de 1/2500, de le laver à l'alcool, puis de le plonger dans de l'huile de genièvre additionnée d'alcool et de sublimé 1/5000. On n'aura pas de suppuration.

Hanks. — Le catgut n'est pas le seul agent de la suppuration ; néanmoins, sa préparation est importante.

Coe. **Épithélioma du corps utérin, hystérectomie vaginale.** — L'opérée s'est remise rapidement. Elle a 51 ans, et n'a jamais eu de perte fétide.

Byrne a vu des cas de carcinome, sans cachexie, et dans lesquels l'hémorrhagie seule était sérieuse. La douleur n'est pas constante, dans le cancer du corps.

Nicoll. **Grossesse fantôme.** — La malade avait eu un enfant mort, extrait par le forceps et une large déchirure du périnée.

Le 10 janvier 1888, elle vint dire à Nicoll qu'elle n'avait rien *vu* en décembre, avait des nausées le matin et se croyait enceinte. Col gros, mou, aréole colorée. Légère perte avec douleur lombaire le 4 février. A la fin d'avril, la malade sent les mouvements du fœtus ; en juin, sécrétion lactescente ; le ventre grossit.

M[me] X... comptait accoucher en septembre. Le 25 août, Nicoll l'examina, et s'assura qu'elle n'était pas enceinte, ce qui la mit au désespoir ; elle parlait de se suicider.

Cela prouve, comme le disait Depaul, qu'il faut toujours examiner une femme qui présente les signes *rationnels* de la gestation. Les signes objectifs seuls sont certains.

Gooch disait, un peu crûment : « En pareille matière, ce n'est pas les paroles d'une femme, qu'il faut croire, c'est son ventre ».

Nicoll cite un grand nombre d'auteurs, qui ont insisté sur la difficulté du diagnostic de la gestation.

B. M[c] Emmet, M[c] Lean, Nilsen, Jacobus, Fruitnight, Von Ramdohr, Boldt, Dudley, Grandin, Hanks, ont vu des cas semblables.

Gunning parle d'une chienne dont le ventre grossit; elle se prépara un lit, mais elle ne mit point bas (1).

Mc Lean. **Un enfant criant dans l'utérus.** — Pendant une manœuvre, nécessitée par une malposition de la tête, l'enfant se mit à crier fortement et continua pendant l'application du forceps.

Cette observation d'un fait curieux dont Velpeau dit: « Puisque « des hommes dignes de foi disent qu'ils l'ont entendu, je le crois; « mais si je l'avais entendu moi-même, je ne le croirais pas », *Accouch.*, t. I, p. 334, présente toutes les garanties d'exactitude. Velpeau, en cite plusieurs exemples.

Coe. **Les éponges dans la laparotomie.** — Coe raconte que, pendant qu'il refermait le péritoine, un de ses aides lui dit qu'il manquait une éponge; il défit ses sutures, la chercha soigneusement, et ne put la trouver. Il referma la plaie, et l'aide, encore une fois, affirma que l'éponge devait être dans l'abdomen de l'opérée. Coe ouvrit encore le péritoine. L'éponge se trouva dans un baquet. Cela prouve qu'il est utile d'avoir un aide qui ne s'occupe que des éponges.

J. R. Wilson. **Urémie après l'éthérisation.** — Trois jours après une petite autoplastie l'opérée fut trouvée moribonde dans son lit. A grand'peine, on réussit à la ranimer. L'urine, qui était normale avant l'opération, était alors chargée de cylindres hyalins.

Wilson en conclut en faveur du chloroforme contre l'éther.

B. Mc Emmet croit qu'il s'agit plutôt d'une faiblesse cardiaque. Pendant l'opération les battements étaient incertains.

---

(1) Harvey (*Works*, Sydenham Society, p. 576) a remarqué que les chiennes trop bien nourries présentent parfois des signes de gestation; au moment où elles devraient accoucher, elles deviennent inquiètes, ont du lait dans les mamelles, et volent des petits pour les allaiter. Une de mes chiennes a présenté ces phénomènes : 60 jours après son rut, n'ayant pas été couverte, elle avait du lait, et se faisait teter par un petit qu'elle avait eu quelques mois auparavant. Les parois de l'abdomen étaient distendues, à tel point qu'une hernie radicalement guérie et bien suturée auparavant, a reparu. (A. Cordes.)

REVUE DES JOURNAUX

Cas rare d'adéno-myxo-sarcome du col de l'utérus. (A rare case of adeno-myxo-sarcoma of the cervix uteri), P. MUNDÉ. — L'observation est doublement intéressante, par la rareté de l'affection à laquelle elle se rapporte et par les déductions pratiques auxquelles elle conduit.

Le fait concerne une jeune fille, âgée de 19 ans. Depuis 2 ans, elle était atteinte d'un écoulement vaginal *aqueux*, et sa faiblesse était devenue si grande qu'elle était condamnée au lit. Jamais, il n'y avait eu de menstruation. Le médecin, appelé très tardivement, fit les constations suivantes : la vulve et l'orifice hymœnéal étaient distendus par une tumeur friable, visqueuse, qui s'enfonçait très profondément et remplissait l'excavation. Comme, durant les manœuvres, la tumeur s'émiettait, pour ainsi dire, et venait à poignées, on essaya de la tordre. Mais la tentative s'accompagna de tendance syncopale, et la malade ne se remit que peu à peu.

Nouvel examen, la femme ayant été anesthésiée avec le chloroforme : la main qui explore pénètre aisément dans le vagin et peut contourner la tumeur. Celle-ci remplit toute l'excavation, du détroit supérieur au détroit inférieur, et elle paraît appendue au centre de la voûte du vagin, où elle est solidement fixée. Quant au corps de l'utérus, il est petit et se continue avec la tumeur vaginale qui, de ce fait, semble constituée par le col énormément hypertrophié. Au cours de l'exploration, il se détache des portions considérables du revêtement myxomateux de la tumeur, et une partie de ce tissu est constituée par des masses kystiques, de coloration jaunâtre, et de forme sphérique.

Opération. —Extirpation au moyen d'un fil métallique constricteur, et pour éviter une hémorrhagie post-opératoire, suture profonde de la voûte vaginale et tamponnement du vagin,

Suites opératoires régulières, mais *récidive* prompte.

Examen de la tumeur : macroscopiquement, on y voit un grand nombre de kystes. D'autre part, l'examen histologique a fait voir qu'elle avait la structure d'un myxome, et que, parmi ses éléments constitutifs fondamentaux, elle renfermait des corpuscules lym-

phatiques ou adénoïdes ; en résumé qu'il s'agissait d'un *myxo-adéno-sarcome.*

Mundé a fait le relevé de tous les cas analogues et il a pu en réunir 8 autres (1 de Thiede, 1 de Rein, 2 de Spiegelberg, 1 de Winkel, 1 de Weber, 1 de Thomas, 1 de Pernice), encore ceux de Thiede et de Weber ne sont-ils accompagnés que d'une description tellement incomplète qu'on ne peut, qu'avec réserve, les assimiler aux autres.

La lecture de ces observations montre qu'il s'agit d'une affection grave, et que l'intervention venant à une époque tardive n'a pu enrayer le mal ni empêcher une terminaison malheureuse. En conséquence, et se basant sur la notion que rien ne peut nous apprendre d'une manière certaine si une production polypeuse du col, d'apparence bénigne au début, ou un processus hyperplasique des glandes cervicales, sont aptes à subir une dégénérescence maligne, Mundé conclut *qu'il importe d'extirper, dès qu'on les constate, tous les polypes muqueux, et de détruire soigneusement, au moyen des caustiques et de la curette, toutes les glandes cervicales altérées.*

Am. J. of obst., février 1889.

Cas de rupture du cordon ombilical durant le travail, etc. (Rupture of the umbilical cord during labor, etc.), O. Werder. — S... primipare, est en travail. La première période s'est accomplie régulièrement, puis la tête qui se présentait en O.I.G.A. s'engage profondément et arrive au détroit inférieur. Mais, à ce moment, bien que les contractions soient énergiques, l'extrémité céphalique ne progresse plus. Après avoir attendu quelques temps, et s'être assuré que les doubles battements fœtaux sont devenus plus faibles, le médecin fait une application de forceps, et dégage la tête, sans avoir fait des efforts exagérés. Mais encore, nouveau temps d'arrêt. L'utérus se contracte bien, et néanmoins les épaules ne sont pas expulsées.

Le médecin fait un examen minutieux, et constate que la région dorsale du fœtus est le siège d'une masse, constituée par un *spina bifida.* « Pensant, dit-il, que l'obstacle à l'accouchement est dans cette masse, je procède au dégagement du tronc en opérant des tractions sur la tête, jusqu'à ce qu'il me soit devenu possible de glisser les doigts dans les deux régions axillaires. A ce

moment, j'imprime au tronc un léger mouvement de rotation tandis que je tire fortement sur lui. Tout à coup, je perçois *un bruit de craquement*, et l'enfant est immédiatement expulsé sans que j'aie fait de nouvelles tractions. Il meurt presque aussitôt. Le *spina bifida* occupe presque toute la région dorsale.

Mais il existe encore une autre particularité intéressante. Le cordon ombilical a été arraché au niveau de son insertion sur l'abdomen. Bien plus, il a été arraché en même temps qu'un morceau de la paroi abdominale, ce qui a mis à découvert la cavité péritonéale. La perte de substance est ovalaire, son diamètre mesure environ 15 millimètres, et elle donne issue à l'intestin. L'hémorrhagie causée par cet arrachement a été minime. L'accident était imputable à une brièveté réelle du cordon, qui mesurait moins de 10 cent. 4, et qui était épais et résistant.

L'auteur, à l'occasion de ce cas, fait un examen rétrospectif de ce qui a été écrit sur la rupture du cordon, et, entre temps, il examine la question de savoir pourquoi le cordon cède plutôt que le placenta se décolle. A ce sujet, il accepte les raisons indiquées, dans le traité de Cazeaux et Tarnier.

Au sujet du traitement, il reconnaît qu'on dispose de moyens très peu puissants. Avant tout, il faut faire le diagnostic de la brièveté du cordon, et cela est très difficile. Il n'est possible qu'après l'expulsion de la tête. Ce diagnostic établi, on peut, alors, en suivant la région antérieure du fœuts, atteindre le cordon, qu'il faut sectionner, puis, on comprime les extrémités de la tige funiculaire aussi longtemps que dure l'expulsion du fœtus ; encore, ajoute-t-il, la méthode est-elle d'une exécution difficile et d'une utilité pratique contestable. (*The Am. J. of Obst.* février 1889.)

Contribution à l'étude de la pathologie, des symptômes, et du traitement de l'adhérence des placenta. (A contribution to the pathology, symptoms, and treatment of adherent placenta), B. HART. — Dans les conditions normales, on trouve entre le chorion et la musculeuse de l'utérus, les couches suivantes :

1° Au niveau de la rencontre des villosités choriales et de la sérotine, couche formée par un tissu dense, qui résulte vraisemblablement de l'union des villosités et du tissu de la sérotine. Bien que l'étude exacte de cette couche soit très difficile, elle paraît essen-

iellement composée de tissu connectif, dont les prolongements s'interposent entre les touffes villeuses et cloisonnent les lobules.

2° Couche composée de cellules volumineuses, se distinguant très nettement de la première. Les éléments cellulaires, rappelant de volumineuses cellules endothéliales, renferment un noyau et un nucléole.

3° Couche spongieuse, bien définie, présentant de larges espaces, tapissés par un épithélium cylindrique.

4° Couche beaucoup moins lâche, en contact immédiatement avec la musculeuse utérine.

Or, quand on étudie l'état de ces différentes couches, sur des utérus avec placentas adhérents, on constate que *la couche réticulée ou spongieuse est beaucoup moins distincte, que les espaces sont beaucoup plus petits, et que partout ils sont dépourvus d'épithélium de revêtement.*

Ce sont à ces altérations de structure, dont la pathogénie reste entourée d'obscurités, que sont dues les adhérences du placenta. Quant à celles-ci, l'auteur les range en 4 groupes :

1° *Cas d'adhérence complète, non compliquée d'hémorrhagie, où le décollement manuel du délivre est aisé, et où il s'accomplit au niveau du plan normal de séparation.*

2° *Cas d'adhérence partielle et élevée — le placenta étant décollé dans sa portion inférieure — et souvent compliquée d'hémorrhagie grave.*

3° *Cas d'adhérence basse — le placenta étant décollé dans sa portion supérieure — non compliquée ordinairement d'hémorrhagie.*

4° *Cas d'adhérence complète, s'accompagnant d'ordinaire d'une faible hémorrhagie, mais où le décollement normal ne s'opère qu'avec de grandes difficultés. Le placenta est habituellement décollé suivant le plan au niveau duquel villosités et sérotine se rencontrent. Il en résulte que l'utérus retient les différentes couches de la caduque sérotine et parfois des portions du placenta fœtal.*

L'auteur reprend ensuite en détail chacun de ces groupes, indique le traitement qu'il convient d'opposer aux complications diverses (hémorrhagie, accidents septicémiques) qu'ils peuvent entraîner, et conclut en insistant sur l'utilité qu'il y a à recourir à l'examen microscopique, surtout quand un peu de la musculeuse a été enlevé. (*Edinb. Journ. med.*, mars 1889.)

De l'amputation du col dans le traitement du cancer et des déchirures de cet organe. (On amputation of the cervix uteri in the treatment of uterine cancer and cervical injuries), Th. More MADDEN. — Ce travail a tout l'intérêt qu'assurent des appréciations basées sur une observation personnelle, prolongée. L'auteur examine successivement quatre points divers.

1) *Quelle est la meilleure intervention à opposer au cancer du col de l'utérus?*

2) *Importance des déchirures du col, en tant que terrain favorable au développement de l'affection cancéreuse, surtout quand il y a, quant à celle-ci, disposition héréditaire.*

3) *Utilité qu'il y a à traiter les déchirures du col, et quel est le meilleur procédé opératoire à leur opposer.*

Sur le premier point, M. Madden professe, d'une manière générale, les mêmes idées que le professeur Verneuil. L'hystérectomie partielle est, à son jugement, l'opération de choix ; sa rivale, l'hystérectomie totale, après laparotomie ou par le vagin, doit être réservée pour des cas exceptionnels.

A l'appui de cette manière de voir, il fait intervenir les résultats de sa pratique personnelle et les documents statistiques les plus connus, relatifs aux résultats fournis par l'ablation totale de la matrice. En résumé, il importe surtout de faire un diagnostic précoce, et, quand ce diagnostic a pu être fait, de procéder à l'extirpation du foyer cancéreux par l'amputation sous ou supra-vaginale, la première de préférence, sauf contre-indications. L'auteur signale en passant les constatations faites par Mierzœiosky sur la disposition des vaisseaux lymphatiques par rapport au col.

Il existe un riche réseau lymphatique, embrassant le col, et dont le contenu se déverse dans deux troncs volumineux, qui cheminent le long des ligaments larges, et aboutissent au ganglion avoisinant le trou obturateur. C'est là une condition anatomique qui favorise l'extension du cancer en des points suffisamment éloignés pour que l'extirpation de tous les éléments dégénérés ne soit pas possible.

Relativement au second point, l'auteur confesse qu'on peut objecter que « beaucoup de ces déchirures du col, quoique non traitées, auraient pu évoluer sans donner lieu à l'apparition de l'affection cancéreuse. Sans doute ! mais indépendamment du fait, qu'un certain nombre de ces déchirures peuvent, en l'absence

de dégénérescence maligne, devenir la source de troubles continuels, il lui suffit d'avoir la conviction qu'il a réussi, en opérant, à prévenir une seule fois l'éclosion d'une maladie aussi formidable que le cancer, pour estimer que son intervention est justifiée ; or, à ce point de vue, son expérience personnelle ne lui laisse aucun doute.

Il y a donc utilité à traiter les déchirures du col. Mais faut il, suivant la pratique d'Emmet, recourir à la trachélorraphie ? Certes ce procédé opératoire donne, en beaucoup de cas, de très bons résultats. Mais, dans certaines conditions, par exemple, quand il y a déchirures multiples, étoilées, anciennes, perte de substance considérable, hyperplasie très accusée, l'amputation du col doit prévaloir. (*The Dublin med. J. of med. Science*, mars 1889.)

D[r] R. LABUSQUIÈRE.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

DES PRINCIPAUX TRAVAUX AFFÉRENTS A LA GYNÉCOLOGIE, A L'OBSTÉTRIQUE ET AUX NOUVEAU-NÉS (1)

OBSTÉTRIQUE

Accouchement. — De l'accouchement dans les occipito-postérieures. TARNIER. *Sem. méd.*, janvier 1889, n° 1. — De la conduite à tenir pendant la délivrance. H. VARNIER. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enfance.*, janvier 1889, p. 3 ; février 1889, p. 40 ; mars, p. 65. — De la physiologie de la troisième période du travail (The Physiology of the third stage of Labour). A. HELME. *Edinb. med. J.*, janvier 1889, p. 612. — Mécanisme du dégagement des épaules dans les présentations du sommet. LÉONET. *Th. de Paris.*, avril 1889.

Accouchement compliqué. — Présentation du tronc. Application infructueuse du forceps en ville. Perforation et extraction à l'aide du forceps. *Journ. d'accouch.* (Liège), mars 1889, n° 6.

Anatomie et physiologie obstétricales. — Contribution à l'étude de l'anatomie normale du plancher pelvien de la femme (A contribution to the Normal Anatomy of the Female Pelvic

---

(1) Index du 1[er] trimestre.

Floor). J. Symington. *Edinb. med. J.*, mars 1889, p. 788. — De quelques anomalies dans le développement et la fonction des glandes mammaires de la femme. O. Engstrom. *Ann. de gyn. et d'obst.*, février 1889, p. 81. — Histologie des vergetures. Troisier et Menetrier. *Ann. de gyn. et d'obst.*, mars 1889, p. 206. — Le placenta est-il ou non un véritable filtre (La Placenta è, oppure no, un vero filtro ?) A. M. Romeo. *Ann. di Ostet. e ginec.*, janvier 1889, p. 1. — Recherches expérimentales sur la migration externe de l'œuf. Heinricius. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, janvier 1889, p. 7.

Appareils et instruments. — Application du défenseur périnéal Chassagny chez une primipare. H. Redoul. *Lyon méd.*, mars 1889, p. 412. — Sonde intra-utérine. *Bull. de l'Acad. de méd.*, janvier 1889, p. 43. — Sonde intra-utérine. Gaches-Sarrante. *Nouv. arch d'obst et de gyn.*, janvier 1889, p. 12.

Dystocie. — Deux difficultés des présentations du siège (Two difficulties of Breech Presentation). Ch. Townsend. *The Bost. med. and surg. J.*, janvier 1889, p. 8. — Présentations du siège. Tentatives infructueuses de version par manœuvres externes. Enroulement de la tige funiculaire autour du tronc. Insertion vélamenteuse du cordon. Budin. *Arch. de tocol.*, janvier 1889, p. 69. — Spondylizème ou Spondylolisthesis, etc. (Spondylizema oder Spondylolisthesis, etc.). Neugebauer. *Cent. f. Gynäk.*, février 1889, n° 5.

Grossesse extra-utérine. — Grossesse de 8 mois, menaces de rupture, laparotomie, mort. Lebec. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, février 1889, p. 35. — Grossesse extra-utérine, laparotomie, guérison (A successful case of laparotomy for extra-uteri ne Fœlation). Chenoweth. *Am. J. of. Obst.*, février 1889, p. 147. — Grossesses extra-utérines. Pinard. *Bull. de l'Acad de méd.*, mars 1889, p. 353. — Un cas de grossesse extra-utérine, traité par l'électricité. J. Kalabin. *Arch. de tocol.*, mars 1889, p. 221. — Un cas de grossesse tubaire (Case of Tubal gestation). Th. Smith. *Am. J. of Obst.*, mars 1889, p. 259.

Grossesse multiple. — Contribution à l'histoire des grossesses multiples. A. Pinard. *Ann. de gyn. et d'obst.*, janvier 1889, p. 21. — Deux cas d'accouchement triple (Zwei Fälle von Drillings geburt). Eisenhart. *Cent. f. Gynäk.*, mars 1889, n° 10. — Grossesse gémellaire, 1er enfant né en ville, 2e fœtus en 1re position de l'épaule droite. Rétraction spasmodigne du col, version po-

dalique, métrite puerpérale légère. Professeur Charles. *Journ. d'accouch.*, février 1889, nº 4.

Nouveau-né. — Allaitement par le nez. *Bull. de l'Acad. de méd.*, février 1889, p. 151. — Dissection d'un monstre (Dissection of a Monstrosity). S. Nairne. *Edinb. med. J.*, mars 1889, p. 813. — Du pesage méthodique des nourrissons. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, mars 1889, p. 190. — Du tétanos des nouveau-nés. Labonne. *Gazette heb. de méd. et de chirurg.*, janvier 1889, nº 9. — Laparotomie chez un nouveau-né (Ein Fall von Laparotomie bei einer Neugeborenen). Stolypinski. *Cent. f. Gyn.*, mars 1889, nº 11. — Malformation rare (Eine seltene Missbildung). Cohn. *Cent. f. Gynäk.*, février 1889, nº 8.

Opérations obstétricales. — Cas de section césarienne, suivie de succès, modification de l'op. de Porro (Case of successful Cæsarean section, Porro's modification). B. Hart. *Brit. med. J.*, janvier 1889 p. 183. — Curettage de l'utérus dans les rétentions placentaires. Castan. *Th. de Paris*, janvier 1889. — De la section césarienne avec des notes sur un cas suivi de succès (The Cæsarean section with notes on a successful case). M. Cameron. *Brit. med. J.*, janvier 1889, p. 180. — De l'importance de la section césarienne suivant le procédé de Porro, et des perfectionnements apportés à la méthode (Die Bedeutung des Porro'schen Kaiserschnitte und wünschenswerthe Verbesserungen desselben). W. Sutugin. *Cent. f. Gynäk.*, février 1889, nº 6. — De l'opportunité de la version podalique, par manœuvres externes précédant l'accouchement prématuré artificiel dans les rétrécissements pelviens. Bousquet. *Arch. de toc.*, janvier 1889. — Des tors de la crâniotomie sur le fœtus vivant (The Wrong of Craniotomy on Living Fœtus). S. Busey. *Am. J. of Obst.*, p. 51. — De quelques usages du tampon vaginal. Davenport. *The Bost. med. and surg. J.*, février 1889, p. 163. — Extirpation totale d'un utérus cancéreux et gravide à 6 mois de grossesse (Total exstirpation einer carcinomatosen Gebärmutter in 6 Monat. der Schwangerschaft). Zweifel. *Cent. f. Gynäk.*, mars 1889, nº 12. — Forceps à compression antéro-postérieure pour les applications au détroit supérieur dans les bassins plats (Antero-posterior compression forceps for application at the Brim of flat pelves). S. Sloan. *Brit. med. J.*, février 1889, p. 229. — Le palper abdominal et la version par manœuvres externes. Loviot. *Nouv arch. d'obst. et de gyn.*, mars 1889, p. 97. — Traitement de la septicémie puerpérale par le curage de l'utérus. Chartier. *Th. de Paris*, mars 1889. — Travail rétrospectif sur l'opération

césarienne de Porro, et sur les résultats qu'elle a donnés dans les divers pays (A record of the Porro-Cæsarean operation showing its results in all countries). R. HARRIS. *Brit. med. J.*, mars 1889, p. 708. — Version céphalique et crâniotomie dans un cas de présentation de l'épaule. TRACHET. *Arch. de tocol.*, février 1889, p. 150.

Pathologie de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches. — Atrophie musculaire des quatre membres, à évolution rapide, survenue pendant la grossesse et consécutivement à des vomissements incoercibles. DESNOS, JEOFFROY et PINARD. *Bull. de l'Acad. de méd.*, janvier 1889, p. 44. — De la méningite aiguë pendant la grossesse ; opportunité de provoquer l'accouchement. J. CHAMBRELENT. *Ann. de gyn. et d'obst.*, février 1889, p. 90. — De l'hydramnios (Hydramnion). W. LINDLEY. *Am. J. of Obst.*, février 1889, p. 132. — Cas de rupture de l'utérus (A case of rupture of the uterus). MATHESON. *Edinb. med. J.*, février 1889, p. 713. — Cas de vomissements incoercibles de la grossesse. KINGMANS. *The Bost. med. and surg. J.*, février 1889, p. 132. — Contribution à l'étude de la pathologie, des symptômes, et du traitement des adhérences placentaires (A contribution to the pathology, symptoms, and treatment of adherent placenta). B. HART. *Edinb. med. J.*, mars 1889, p. 816. — Étude sur les accidents infectieux d'origine puerpérale, la phlegmasia alba dolens et l'érysipèle. WIDAL. *Th. de Paris*, janvier 1889. — Grossesse de 5 mois et demi ; fièvre typhoïde ; traitement par les bains froids, P. LACOUR. *Lyon méd.*, mars 1889, p. 367. — Hémorrhagies secondaires graves par suite de délivrance incomplète, après un accouchement à terme. LABUSQUIÈRE. *Ann. de gyn. et d'obst.*, février 1889, p. 126. — Hernie de l'utérus gravide (Hernia of the Pregnant Uterus). S. ADAMS. *Am. J. of Obst.*, mars 1889, p. 225. — Hydropisie de la grossesse, etc. (Dropsy of Pregnancy, etc.). W. A. GRIFFITH. *Brit. med. J.*, janvier 1889, p. 68. — Morbidité des accouchées. *Jour. d'accouch.*, (Liège), mars 1889, nº 5. — Néphrite gravidique. CHOPART. *Th. de Paris.*, janvier 1889. — Primipare à terme, accouchée seule. Suites heureuses. Professeur CHARLES. *Jour. d'accouch.*, mars 1889, nº 5.

Thérapeutique et antisepsie. — De l'action de certains médicaments sur l'utérus gravide (On the action of certain Drugs on the Pregnant Uterus). L. ATTHILL. *Brit. med. J.*, février 1889, p. 350. — **Des injections intra-utérines dans les suites de couches.**

Jasieriski. *Th. de Paris*, avril 1889. — Expériences cliniques sur l'emploi de la « Cornutin » en obstétrique et en gynécologie (Klinische Erfahrungen über das Cornutin in der Geburtshulfe und Gynäkologie). *Cent. f. Gynäk.*, mars 1889, n° 11. — Irrigation de l'utérus puerpéral, etc. (Irrigation of the Puerperal Uterus, etc.). Haynes. *Am. J. of Obst.* février 1889, p. 113. — L'infection puerpérale, les moyens de la prévenir et de la combattre. H. Varnier. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enf.*, février 1889, p. 33.

GYNÉCOLOGIE

Annexes de l'utérus. — De la salpingo-ovarite, et en particulier, du développement du plastron abdominal. Terrillon. *Arch. de tocol.*, mars 1889. — Des trompes de Fallope distendues, diagnostic, pathologie, traitement, etc. (Open Fallopian tubes, their diagnosis, pathology, and treatment). J. Wallace. *Brit. med. J.*, février 1889, p. 402. — Pyo-salpingite avec perforation de la vessie. A. Reverdin. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.*, janvier 1889, p. 1016. — Recherches expérimentales sur ce que deviennent les ovaires et les trompes après l'extirpation totale de la matrice chez les lapins (Experimentelle untersuchungen über das weitere Schicksal der Ovarien and Tuben nach der Totalexstirpation des uterus bei kaninchen). Grammatikati. *Cent. f. Gynäk.*, février 1889, n° 7. — Traitement des processus suppuratifs des annexes utérines (The treatment of Suppurative disease of the Uterine Appendages). Boldt. *Am. J. of obst.*, mars 1883, p. 262.

Appareils et instruments. — Contribution à l'historique des pessaires (Ein Beitrag zur Geschichte der Pessarien). Berczeiler. *Cent. f. Gynäk.*, mars 1889, n° 13.

Menstruation. — Deux cas de menstruation vicarienne (Two cases of vicarous menstruation). S. Ford. *Am. J. of Obst.*, février 1889, p. 154. — Persistance des règles à la suite de l'ablation des annexes de l'utérus. Macario. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.*, février 1889, p. 31.

Organes génitaux. — Contribution à l'étude de la tuberculose de l'appareil génital de la femme. Daurios. *Th. de Paris*, janvier 1889. — Leçons sur les prolapsus des organes génitaux de la femme. Trélat. *Ann. de gyn. et d'obst.*, janvier 1889, p. 1; mars, p. 161.

Organes urinaires. — De la cure rapide des cystites chez la femme

(On the rapid curative treatment of cystitis in women). Th. M. MADDEN. *Brit. med. J.*, mars 1889, p. 467. — Le cathétérisme des uretères. HEYDENREICH. *Sem. méd.*, 1889, n° 7.

Ovaire. — Note sur un cas rare d'adhérence contractée par un kyste de l'ovaire gauche avec le côlon ascendant et l'appendice vermiforme. JENTZER. *Arch. de tocol.*, mars 1889, p. 191.

Thérapeutique et opérations gynécologiques. — Application de l'électricité à quelques cas de gynécologie. *Journ. d'accouch.* (Liège), mars 1889, n° 6. — 25 cas de laparotomie pour extirpation de tumeur. A. CABOT. *The Bost. med. and surg. J.* janvier 1889, p. 29. — Contribution à l'histoire du massage de l'utérus et des annexes (A contribution to the Literature of massage of the uterus and adnexa). H. KOPLIK. *Am. J. of Obst.*. février 1889, p. 136. — Contribution au traitement de la chute de l'utérus (Beitrag zur Behandlung des Gebärmuttervorfalles). PAWLIK. *Cent. f. Gynäk.*, mars 1889, n° 13. — De la dilatation de l'urèthre chez la femme pour extraire les calculs et les corps étrangers de la vessie. ESTRABAUD. *Th. de Paris*, janvier 1889. — De l'amputation du col dans le traitement du cancer de l'utérus et des lésions traumatiques du col (On amputation of the Cervix Uteri in the Treatment of Uterine cancer and cervical Injuries). TH. M. MADDEN. *The Dubl. med. J.*, mars 1889, p. 219. — De l'oophorectomie dans la salpingite gonorrhéique (Oophorectomy in gonorrhœal salpingitis). W. WHITE. *Brit. med. J.*, février 1889, p. 285. — Des indications de l'ovariotomie et de la myomotomie. H. LOHLEIN. *Journ. d'accouch. de Liège*, février 1889, n° 4. — Des indications et des ressources opératoires dans les rétro-déviations chroniques de l'utérus. RACOVI CEANO. *Th. de Paris*, avril 1889. — Deuxième observation d'hystéropexie pour chute de l'utérus, compliquée d'une tumeur de la trompe. TERRIER. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.*, mars 1889, p. 83 — Discussion sur la pathologie et le traitement des salpingites. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.*, janvier 1889, p. 927, 954, 1004, 1019 ; février, p. 32, 39. — Du décollement des adhérences, etc. (Die Auslösung der Narben, etc.). WALCHER. *Cent. f. Gynäk.*, 1889, n° 1. — Du décollement manuel des adhérences péritonéales suivant la méthode de Schultze (Zur manuellen Lösung peritonitischer Adhäsionen nach B. S. Schultze). *Cent. f. Gynak.*, janvier 1889, n° 3. — Du périnée, anatomie, physiologie, des procédés de restauration du périnée déchiré (the Perineum, its Anatomy, Physiology and methods of restoration after injury). H. MARCY. *Am. J. of Obst.*, janvier 1889, p. 1. — Du point essentiel dans la méthode de traitement de THURE BRANDT du prolapsus utérin (Das wesentliche in

der Thure Brandt'schen Behandlungs methode in der Uterus prolapses). F. SIELSKI. *Cent. f. Gynäk.*, janvier 1889, nº 4. — Du pronostic des opérations des myômes (Zur Prognose der Myomoperationen). LANDAU. *Cent. f. Gynäk.*, mars 1889, nº 11. — Du traitement chirurgical de l'utérus rétrofléchi et fixé (Zur operativen Therapie des Uterus retroflexus fixatus). BODE. *Cent. f. Gynäk.*, nº 3, 1889. — Du traitement chirurgical des myômes utérins en voie de putréfaction (Zur operatinen Behandlung verjauchender Uterus myome). LINDFORS. *Cent. f. Gynäk.*, février 1889, nº 6. — Élimination spontanée des polypes utérins sous l'action de l'électrolyse. DE LA TORRE. *Arch. de tocol.* janvier, 1889, p. 18; février, p. 127. — Hystérectomie vaginale. TERRIER. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.*, janvier 1889, p. 926. — Hystérectomic vaginale totale ou partielle dans le cancer du col. BARBAUD. *Th. de Paris*, janvier 1889. — Hystérorrhaphie pour prolapsus utérin. TERRIER. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.* janvier 1889, p. 889 ; p. 901. — Kolporrhaphie antérieure pour cystocèle vaginale. TILLAUX. *Ann. de gyn. et d'obst.*, mars 1889, p. 181. — Nouveau procédé pour préparer les tiges antiseptiques de tupelo. LIACHNITSKI. *Arch. de tocol.*, janvier 1889, p. 57. — Nouveau traitement pour la cure des fistules vésico-périnéales (On a new treatment for the cure of Perineal urinary Fistula). THOMSON. *Brit med. J.*, février 1889, p. 294. — 3 observations d'hystéropexie pour rétroversion utérine douloureuse avec ou sans ablation des annexes. TERRIER. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.*, février 1889, p. 46. — Opération d'Alexander. POTHERAT. *Gaz. méd. de Paris*, janvier 1889, nº 3, nº 4. — Psychoses et opérations gynécologiques (Psychoses and Gynecological operations). CH. FILLEBROWN. *Am. J. of Obst.*, janvier 1889, p. 32. — Raccourcissement des ligaments ronds. A. DOLÉRIS. *Nouv. arch d'obst. et de gyn.*, février 1889, p. 49. — Revue sur le traitement des affections utérines par l'électricité (A Review of Treatment of Uterine Diseases by Electricity). BUIST. *Am. J. of Obst.*, mars 1889, p. 247. — Sur un cas d'hystéropexie. POLAILLON. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.*, février 1889, p. 66. — Traitement des fistules vésico-vaginales par la méthode américaine. HEINRICIUS. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, février 1889, p. 55. — Ventro-fixation de l'utérus. PICQUÉ. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.*, janv. 1889, p. 936.

Troubles divers d'origine génitale. — Des aberrations du sens génésique et de l'hybridité chez les animaux. A. GOUBAUX. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, janvier 1889, p. 16; février, p. 26; mars, p. 133.

Utérus. — Cancer de l'utérus. MUSELIER. *Gaz. méd. de Paris*, février 1889, p. 66. — Cas rare d'adéno-myxo-sarcome du col de l'utérus (A rare case of Adeno-myxo-sarcoma of the Cervix Uteri). P. MUNDÉ. *Am. J. of Obst.*, février 1889, p. 126. — Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement du prolapsus utérin. *Th. de Paris*, 1889. JOUVE. — Contribution à l'étude des faux polypes de l'utérus. A. KLASSON. *Ann. de gyn. et d'obst.*, février 1889, p. 105; mars, p. 191. — De la métrite cervicale. DOLÉRIS et MANGIN. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, mars 1889, p. 120. — De la rétroflexion utérine. RIEFFEL. *Ann. de gyn. et d'obst.*, janvier 1889, p. 13. — Discussion du cancer de l'utérus. *Bullet. de la Soc. de chirurg.*, janvier 1889, p. 877; p. 902. — Étude sur les complications des fibro-myômes de l'utérus COFFIN. *Th. de Paris*, février 1889. — Myômes de l'utérus pédiculés et douloureux. Leur ablation par la laparotomie. TERRILLON. *Bullet. et mém. de la Soc. de chirurg.*, mars, 1889, p. 117. — Polypes muqueux de l'utérus. COMET. *Th. de Paris*, mars 1889.

Vagin. — Occlusion congénitale du vagin avec atrophie des organes génitaux internes (Zur Kasuistik eines angeborenen Scheidenverschlusses mit Verkümmerung der inneren Genitalien). RYMARKIEWIEZ. *Cent. f. Gynäk.*, mars 1889, nº 9. — Papillome du vagin chez un enfant (Papilloma of vagina in a child). LEWIS. *Brit. med. J.*, janvier 1889, p. 127. — Ulcération de la paroi, vésico-vaginale par un corps étranger introduit dans le vagin (A Case of Ulceration of a Foreign Body from de Vagina into the Bladder). ELLISON. *Am. J. of Obst.*, février 1889, p. 144.

Vulve. — Syphilide hypertrophique de la vulve. P. PETIT. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, janvier 1889, p. 1.

Médecine légale. — L'affaire d'avortement devant la Cour d'appel. Nouvelle expertise. *Journ. d'acc. et rev. de méd. et de ch. pratiques*, janvier 1889, nº 2 ; février, nº 3.

Variétés. — Action pathogène d'un microbe trouvé dans les urines d'éclamptiques. E. BLANC. *Arch. de toc* , mars 1889, p. 182. — Apoplexie fatale avant la puberté (Fatal Apoplexy before Puberty). G. HARRISON. *Am. J. of Obst.*, mars 1889, p. 275. — Danger des émanations gazeuses toxiques et influence nuisible de certaines odeurs sur les jeunes enfants. LE GENDRE. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enf.*, janvier 1889, p. 22. — De la Karyoky-

nèse et de ses relations avec le processus de la fécondation. WALDEYER. *Arch. de tocol.*, février 1889, p. 90; mars, p. 195. — De la formation de la bosse séro-sanguine chez les fœtus morts. PIOT. *Th. de Paris*, janvier 1889. — De quelques recherches nouvelles sur la blennorrhagie de la femme. ERAUD. *Lyon méd.* janvier 1889, p. 15; p. 95; février, p. 171; p. 209. — Des analogies de la menstruation et de la grossesse et du travail dans quelques-unes de leurs relations physiologiques et pathologiques (On the analogies of Menstruation and Pregnancy and Labour in some of their physiologicas and pathologicas relations). R. BARNES. *Brit. med. J.*, mars 1889, p. 455. — Des lymphangites péri-utérines non puerpérales et de leur traitement. CANTIN. *Th. de Paris*, février 1889. — Des poids relatifs du placenta et de l'enfant (On the Relative Weights of the Placenta and Child). MACKNESS. *Edinb. med. J.*, février 1889, p. 716. — Des progrès modernes en obstétrique et en gynécologie (On modern progress in obstetrics and gynecology). L. GALABIN. *Brit. med. J.*, mars 1889, p. 577. — Impaludisme chez les jeunes enfants. LE GENDRE. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enf.* février 1889, p. 52. — L'hypertrophie de l'appareil amygdalien. P. LE GENDRE. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enf.*, mars 1889, p. 84. — Nécrologie. L. DUMAS. — RIBEMONT-DESSAIGNES. *Ann. de gyn. et d'obst.*, janvier 1889, p. 32. — Quelques cas remarquables de la pratique obstétricale, fausse grossesse, rétention du fœtus mort. GEYL. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, mars 1889, p. 140. — Revue des progrès faits en gynécologie. DAVENPORT. *The Bost. med. and surg. J.*, janvier 1889, p. 87. — Revue d'obstétrique. GREEN. *The Bost. med. and surg. J.*, janvier 1880, p. 62.

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Pathogénie et traitement de l'intoxication éclamptique. Dr M. Rivière. O. Doin, éditeur.

Traitement de l'éclampsie puerpérale. Dr A. Auvard. O. Doin, éditeur.

De l'influence de l'impaludisme sur les femmes enceintes. R. dos Santos.

Syphilide hypertrophique de la vulve. P. Petit.

Hygiène de la première enfance. Dr J. Rouvier. O. Doin, éditeur.

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Mai 1889

Nous sommes heureux d'annoncer à nos abonnés que notre ami, le docteur Pinard, vient d'être proposé au choix du Ministre, par le conseil de la Faculté, comme titulaire de la chaire de clinique d'accouchements (1), vacante depuis la retraite de notre excellent directeur et fondateur, le Professeur Pajot (décembre 1886).

Les votes de la Faculté se sont répartis de la façon suivante entre les trois candidats :

MM.	Pinard................	21 voix.
	Budin...................	6 »
	Charpentier............	3 »

Les lecteurs de ce journal connaissent les titres scientifiques du jeune maître de l'hôpital Lariboisière, qui, depuis dix ans, a publié dans les Annales la plupart de ses travaux originaux. Ils se réjouiront donc avec nous du brillant succès que vient de remporter notre rédacteur en chef, et il considéreront l'élection du 9 mai comme le juste couronnement d'une carrière vouée toute entière par M. Pinard à l'étude, à la pratique et à l'enseignement d'un art dans lequel il excelle, qualités professionnelles reconnues de tous, et rehaussées encore par des qualités morales de premier ordre qui lui attirent, de la part de ceux qui l'entourent, la vénération la plus vive et l'affection la plus dévouée.

GEORGES STEINHEIL.

(1) On sait que depuis le mois de mars dernier une décision ministérielle a transformé la chaire de théorie en chaire de clinique d'accouchements dont le titulaire est M. le professeur TARNIER.

TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES POLYPES DU COL DE L'UTÉRUS PENDANT L'ACCOUCHEMENT

Par le Dr **Alphonse Herrgott**
Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Nancy.

« Mme X., à la suite d'un accouchement est affectée d'une inversion complète et irréductible de la matrice. Mon confrère et moi avons essayé en vain de replacer l'organe dans sa position naturelle. Le cas étant très grave, l'opération est urgente. Nous avons donc jugé que, vu la position peu aisée de cette famille, l'opération ne pouvait pas se faire chez elle dans des conditions avantageuses, et avons engagé cette femme à aller se faire traiter à l'hôpital civil de Nancy. En conséquence nous prions M. le Maire de... de vouloir bien employer son influence pour faire entrer cette femme le plus tôt possible dans ledit hôpital. »

Telle est la lettre qui me fut remise lors de l'arrivée de Mme X. dans mon service le 9 juin à 10 heures du soir.

Je me rends aussitôt auprès de cette malade, vivement préoccupé, et me demandant comment je parviendrais à remettre l'utérus dans sa situation normale.

En entrant dans la salle de travail où l'on avait mis l'accouchée, je suis très étonné de ne pas la trouver abattue. L'aspect général est même très satisfaisant ; le pouls est régulier, la température normale.

Cette femme, âgée de 36 ans, menstruée régulièrement tous les mois pendant quatre ou cinq jours depuis sa seizième année, nous apprend qu'elle venait d'accoucher pour la sixième fois.

Ses quatre premières grossesses avaient été normales et

s'étaient terminées par l'expulsion d'enfants vivants parfaitement développés.

La cinquième grossesse s'était aussi terminée spontanément, mais après un travail de 14 heures. L'enfant qui, comme les autres, s'était présenté par le sommet, était très volumineux. Sa mère l'avait allaité pendant 13 mois, puis elle était redevenue enceinte pour la sixième fois avant même que ses règles eussent reparu, de telle sorte qu'elle ne savait plus à quelle époque avait débuté la dernière grossesse, ses règles ayant en réalité été suspendues depuis près de trois ans.

Cette sixième grossesse avait été normale, sans malaise ni complications, le volume de l'abdomen ne présentait rien d'excessif.

Les fonctions digestives et urinaires étaient régulières, cependant depuis six mois elle avait la sensation d'un corps étranger dans le vagin, mais elle n'y attachait aucune importance, n'en étant que très faiblement incommodée.

Le 8 juin, la veille de son entrée dans mon service, les membranes s'étaient rompues spontanément à huit heures du matin et vers trois heures le travail avait commencé.

Comme les douleurs s'étaient accentuées on avait appelé une sage-femme qui avait été très étonnée de trouver dans l'excavation une tumeur élastique, rénitente et lisse qui donnait une sensation analogue à celle que l'on perçoit en touchant pendant une contraction les membranes de l'œuf distendues par le liquide amniotique.

Elle avait recherché l'orifice du col, mais elle n'était pas parvenue à l'atteindre:

Troublée par ce qu'elle venait de découvrir, et comme le travail ne semblait pas avancer, elle avait cru prudent de faire chercher deux médecins qui s'étaient empressés de répondre à l'appel qui leur était adressé.

A peine arrivés, et avant que toute intervention ait été possible, la parturiente avait été prise de violentes douleurs, et expulsait une tumeur volumineuse qui restait pendante à la vulve. Puis, presque immédiatement après, la tête et le tronc

d'un fœtus vivant étaient expulsés en passant au-dessous de la tumeur.

La délivrance s'était effectuée normalement sans hémorrhagie.

L'enfant qui avait bien crié au moment de sa naissance succomba malheureusement quelques heures après.

Les médecins présents à l'accouchement pensant que la tumeur qui pendait hors de la vulve était formée par l'utérus en état d'inversion avaient essayé de la réduire; après une demi-heure d'efforts inutiles ils avaient demandé au maire de la localité de favoriser l'admission de cette femme à la Maternité, et lui avaient adressé le billet qu'on a lu plus haut. Après avoir été ainsi renseigné sur la manière dont l'accouchement s'était effectué, je procède à l'examen de ma malade.

Je trouve le ventre souple, et par la palpation je perçois à huit centimètres au-dessus du pubis une tumeur dure, arrondie, légèrement inclinée à droite, qui me semble être l'utérus.

Les cuisses sont écartées, et, entre elles, je découvre une tumeur ronde, volumineuse, plus grosse même qu'une tête d'un fœtus à terme qui pendait hors de l'orifice vulvaire.

Cette tumeur est d'une coloration rouge foncé; de nombreux vaisseaux rampent à sa surface. On remarque, il est vrai, quelques ulcérations, mais en somme elle est lisse dans sa plus grande partie. Sa consistance est élastique, rénitente.

Par le toucher vaginal on constate que la tumeur s'insère sur la partie droite et antérieure du col. Sa surface d'implantation a un diamètre de quatre centimètres environ. La partie du col qui correspond au point où adhère la tumeur est abaissée jusqu'à la vulve. On voit, en effet, en écartant les grandes lèvres une saillie demi-circulaire contournant la tumeur en avant et à droite qu'on reconnaît être formée par la lèvre antérieure du col qui a subi une forte élongation.

L'abaissement de cette région cervicale qui donne insertion à la tumeur est encore confirmé par le fait suivant : le cul-de-sac vaginal antérieur est situé à une profondeur de

cinq centimètres à peine en avant et à droite, tandis qu'en arrière et à gauche la lèvre du col est très peu abaissée et se continue avec la saillie semi-circulaire qui existe sur la tumeur à l'entrée de la vulve.

L'orifice interne de l'utérus est perméable et aucune tumeur ne s'y engage.

Après cet examen il devient facile de reconnaître que la tumeur qui se trouve entre les cuisses de cette femme n'est pas formée par l'utérus en état d'inversion, mais qu'elle est constituée par un corps fibreux inséré sur la face interne de la lèvre antérieure du col.

Cette tumeur qui n'avait pas été reconnue pendant la grossesse, qui ne s'était manifestée qu'en donnant à la femme la sensation assez vague d'un corps dans la cavité vaginale, avait été expulsée au moment du travail par un mécanisme bien simple à comprendre.

L'utérus en se contractant avait poussé le fœtus sur ce corps fibreux situé au-dessous de lui, et l'avait fait progresser dans l'excavation. La lèvre du col sur laquelle il était implanté s'étant allongée et transformée sous cette pression en un vrai pédicule, ce polype avait pu franchir l'orifice vulvaire sans trop de difficultés. Le canal génito-pelvien une fois désencombré, le fœtus se trouvait dans une situation analogue à celle d'un deuxième fœtus dans un accouchement gémellaire, aussi son passage à travers les parties molles s'était-il effectué très rapidement.

Mais, l'accouchement terminé, la tumeur n'avait pu reprendre sa place primitive dans le vagin ; elle était trop volumineuse pour repasser à travers une vulve devenue plus étroite, et, malgré les efforts qui avaient été tentés, elle était restée entre les cuisses de la femme dans la situation où nous venions de la trouver.

Il n'y avait pas à hésiter, il fallait débarrasser cette femme de cette tumeur, mais, l'heure avancée de la nuit, la fatigue occasionnée par le voyage et l'absence d'hémorrhagie me décident à en remettre l'ablation au lendemain.

On fait une injection vaginale antiseptique et on enveloppe la tumeur dans des compresses trempées dans une solution de sublimé.

Quelques heures après, la femme s'étant reposée, je procède à l'enlèvement de ce fibrome en présence des élèves du service.

L'opération est des plus simples. J'entoure avec un fil de fer le point d'implantation de la tumeur et à l'aide d'un serre-nœud j'en obtiens la section sans répandre une goutte de sang. La lèvre antérieure du col débarrassée de ce corps fibreux qui l'étirait jusqu'à l'orifice vûlvaire, revient immédiatement sur elle-même et disparaît dans la cavité vaginale, pour y reprendre sa situation habituelle, comme le toucher nous permet de le constater. Le poids de la tumeur est de 1250 grammes et sa structure histologique est celle d'un fibromyôme.

Je n'insisterai pas sur les suites de couches. L'involution utérine se fit régulièrement, bien qu'au début les lochies fussent assez fétides et présentassent même pendant quelques heures une odeur franchement gangréneuse ; mais, grâce à une antisepsie rigoureuse, tout accident de résorption septique put être évité. La température qui s'était élevée à 39° ne tarda pas à devenir et à rester normale, et quelques jours après notre accouchée pouvait s'en retourner chez elle parfaitement rétablie.

Telle est la relation d'un cas de volumineuse tumeur fibreuse insérée sur le col que j'ai eu l'occasion d'observer dans mon service. J'ai pensé qu'il était intéressant de le faire connaître à cause de sa simplicité et aussi à cause de l'erreur de diagnostic dont il avait été l'objet ; mais je n'ai pas l'intention de faire une étude approfondie de ces tumeurs. Elles ont déjà donné lieu à des travaux trop importants et trop connus, pour, en les étudiant à nouveau, ne pas m'exposer à des redites inutiles. On sait du reste combien les corps fibreux de l'utérus sont fréquents puisque d'après Bayle un cinquième des femmes au-dessus de 35 ans en seraient atteintes.

Parmi ces nombreuses publications, je me bornerai à rappeler outre le travail de Puchelt (1) fait sous l'inspiration de son maître Naegele, la thèse d'agrégation du professeur Félix Guyon (2) sur les *tumeurs fibreuses de l'utérus* ; celle si complète du docteur Ernest John Lambert (3) sur les *grossesses compliquées de myômes utérins*, le remarquable travail de R. Lefour (4) intitulé « *Des fibromes utérins au point de vue de la grossesse et de l'accouchement*, » qui contient une bibliographie très étendue des différents cas épars dans les annales de la science tant en France qu'à l'étranger ; la monographie très bien faite de C. Chabazian (5) sur *les fibromes du col de l'utérus au point de vue de la grossesse et de l'accouchement*, le chapitre que Gusserow (6) a consacré aux rapports des fibromes avec la grossesse dans son long article sur les tumeurs de l'utérus ; le mémoire de A. Doléris (7) sur les myômes utérins dans leurs rapports avec la grossesse et l'*accouchement*, enfin, la thèse d'agrégation si riche en documents de notre collègue le Dr A. Vautrin (8) sur *le traitement chirurgical des myômes utérins.*

Je n'insisterai donc pas sur un sujet si bien étudié par ceux que je viens de citer et je me bornerai simplement à émettre quelques considérations sur le cas qui nous occupe et à rappeler les quelques observations que j'ai pu trouver qui présentent quelque analogie avec celle que je viens de rapporter.

Les tumeurs du col de l'utérus comparées à celles du corps sont relativement rares. D'après Saffor Lee (9) sur 74 cas de corps fibreux, 4 seulement appartiennent au col.

---

(1) *De tumoribus in pelvi partum impedientibus.* Heidelberg, 1840.

(2) A. Delahaye, éditeur. Paris, 1860.

(3) Thèse inaugurale. Paris, 1870.

(4) Thèse d'agrégation. O. Doin, éditeur. Paris, 1880.

(5) Thèse inaugurale. Paris, 1882.

(6) *Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie.* IV Band. Erste Abtheilung. Abschnitt. IX, n° 4, p. 115. Stuttgart, 1882.

(7) *Archives de tocologie*, 1883.

(8) J.-B. Baillière, éditeur. Paris, 1886.

(9) On tumours of uterus. Londres, 1847.

M. Guyon (1) sur 131 observations n'en cite que 21 pour le col et M. Chabazian (2) sur 380 cas n'a pu en trouver que 80 pour le col parmi lesquels 10 seulement seraient sous-muqueux sessiles. Comme ces tumeurs siègent le plus souvent sur la lèvre postérieure, il s'ensuit que celle que nous avons observée appartient à la forme la moins fréquente de ces corps fibreux.

Un fait également très remarquable, c'est de voir une tumeur si volumineuse, qui pesait 1250 gr., passer à peu près inaperçue pendant la grossesse, ne donner que la sensation assez vague d'un corps étranger dans le vagin, et ne signaler sa présence ni par des pertes de sang, ni par des troubles mécaniques du côté de la vessie ou du côté du rectum.

L'observation suivante, que j'emprunte au mémoire que Danyau a publié dans le Journal de chirurgie de Malgaigne (3), est un exemple qui présente, sous plusieurs rapports, une grande analogie avec le cas que j'ai rapporté.

« Le 2 décembre 1845, je fus appelé vers une heure de l'après-midi, chez la femme d'un coiffeur, jeune créole d'une vingtaine d'années, accouchée depuis sept heures et demie du matin, chez laquelle je trouvais entièrement hors la vulve une tumeur du volume de la tête d'un enfant de sept mois. Cette femme a fait trois avortements, le dernier il y a un an. Les premières douleurs eurent lieu à trois heures du matin.

La sage-femme arriva à sept heures et elle reconnut à la vulve une tumeur qui n'avait pas les caractères de la tête et qui n'avait pas tardé à être repoussée au dehors ; ayant porté sa main au-dessus, elle avait senti les pieds de l'enfant, les avait saisis et avait extrait l'enfant vivant, un très petit garçon de sept mois et demi. Pendant cette extraction faite sans efforts, la tumeur avait encore été entraînée plus bas, et, depuis lors, était pendante hors de la vulve. La délivrance s'était effectuée sans peine. Toutes choses

(1) *Loc. cit.*, p. 15.
(2) *Loc. cit.*, p. 9.
(3) 1846, vol. IV, p. 173.

accomplies, l'accouchée avait été maintenue tranquille sur le dos et la tumeur convenablement soutenue entre les cuisses jusqu'à mon arrivée. Cette tumeur globuleuse, lisse et rougeâtre à sa surface, uniformément ferme dans toute son étendue, était exactement appliquée contre la vulve, mais cependant un peu mobile dans tous les sens. Du côté de la vulve, on sentait le pédicule qui la retenait, et le doigt porté dans le vagin pouvait facilement explorer ce pédicule jusqu'à son insertion au côté droit de la lèvre antérieure, de l'orifice utérin. Plat, court, large de deux travers de doigt, d'une souplesse qui semblait indiquer qu'il était composé uniquement de tissu utérin, ce pédicule ne paraissait en effet qu'une élongation de la lèvre du col dans laquelle la tumeur avait pris naissance. Pas d'hémorrhagie, pas de douleurs.

J'ai voulu débarrasser cette femme de ce polype fibreux ; la femme étant en position obstétricale, j'ai saisi la tumeur de la main gauche, le pouce et l'index sur la partie du pédicule la plus voisine de la tumeur, et, de la droite armée d'un fort bistouri boutonné, je tranchai ce pédicule, rasant mes deux doigts. Écoulement de sang peu abondant, qui cesse par une injection de vinaigre et compression d'une éponge sur le col. La femme est guérie, l'enfant est vivant.

Cette tumeur devait avoir une date récente. Elle devait avoir eu un accroissement très rapide, dû manifestement à la grossesse, parce qu'elle était absolument ignorée avant. Cette femme étant souvent debout, n'avait senti aucune pesanteur, aucune sensation d'un corps étranger poussé vers la vulve, aucune difficulté dans l'excrétion des matières fécales ou de l'urine, aucune perte. »

Je pourrais citer plusieurs observations semblables dans lesquelles des tumeurs énormes n'avaient manifesté leur existence, et n'avaient été reconnues qu'au moment de leur expulsion. Les divers mémoires qui traitent des tumeurs fibreuses dans leurs rapports avec la grossesse en contiennent de nombreux exemples.

Il faut avouer que de pareils faits paraîtraient bien extraordinaires si on ne connaissait pas les transformations que subissent ces fibro-myômes sous l'influence de la gestation. MM. Depaul, Tarnier, Blot, Guéniot et Trélat, lors d'une

mémorable discussion qui eut lieu en 1868-69 à la Société de chirurgie, ont bien mis en lumière ces modifications. Ils ont montré que le myôme associé pendant la grossesse à la suractivité vitale de l'utérus en subissait le plus souvent toutes les phases, aussi peut-on résumer ces diverses transformations par ces deux mots : *hypertrophie et ramollissement.*

Cependant, si les fibromes du segment supérieur de l'utérus s'hypertrophient quand cette partie de l'organe s'accroît, c'est-à-dire dans les premiers mois de la parturition, cette hypertrophie dans les cas de fibromes du col a surtout lieu, ainsi que le fait remarquer M. Chabazian (1), vers la fin de la grossesse.

Ces tumeurs, siégeant dans le segment inférieur, n'augmentent de volume que quand ce segment subit des modifications importantes ; or, on sait que c'est surtout dans les derniers mois qu'on les observe.

L'hypertrophie rapide de ces myômes à la fin de la gestation, nous explique comment de pareilles tumeurs ont pu être méconnues avant ou au début d'une grossesse; elle nous fait comprendre comment Récamier, pratiquant le toucher vaginal dans un cas de grossesse datant de six semaines, n'avait pu trouver qu'un peu de gonflement du col et quelques granulations, alors que Danyau (2) enlevait, chez cette même femme, au moment du travail, une tumeur qui ne pesait pas moins de 650 grammes.

La congestion de l'utérus produite par la grossesse imprime à ces tumeurs une telle suractivité qu'elles sont en effet susceptibles de s'accroître, pendant les derniers mois, avec une rapidité vraiment surprenante.

Une autre modification accompagne souvent cette hypertrophie et atténue notablement les effets de compression qui seraient la conséquence forcée de leur développement. Je

(1) *Loc. cit.*, p. 20.

(2) Bulletin de l'Académie de médecine, séance du 8 avril 1851.

veux parler du ramollissement des myômes auquel M. Depaul a si justement donné le nom d'*assouplissement*. Grâce à lui, malgré l'encombrement pelvien qui pourrait résulter de l'augmentation de volume du polype, l'émission de l'urine est possible et l'excrétion des matières fécales n'est pas entravée, de telle sorte que rien ne trahissant l'existence de ces tumeurs, on comprend qu'il soit possible de n'en constater la présence qu'au moment où elles apparaissent à la vulve, et que sur 80 cas on ne les ait reconnus d'avance que 29 fois (1).

Les polypes du col peuvent donc facilement rester ignorés pendant la grossesse, ils peuvent aussi donner lieu à des *erreurs de diagnostic* nombreuses.

Le travail de M. Lefour, celui de M. Chabazian contiennent, l'un et l'autre, un remarquable chapitre sur le diagnostic différentiel des tumeurs fibreuses du segment inférieur et du col de l'utérus. Ils montrent par de nombreux exemples que ces polypes ont tour à tour pu être confondus tantôt avec une insertion vicieuse du placenta (2), tantôt avec des fibromes du corps, ou avec des tumeurs intra-pelviennes solides ou liquides. D'autres fois, on les a prises pour une grossesse extra-utérine, pour une rétroversion de l'utérus gravide, ou bien pour un œdème du col, ou bien encore pour un carcinome de la partie inférieure de la matrice, ou même, comme dans le fait cité par Braxton Hicks (3), pour la vessie distendue par l'urine, tant le ramollissement du fibrome était considérable. Dans d'autres cas, le médecin a diagnostiqué une grossesse gémellaire, ou bien il a confondu le polype avec une des parties fœtales, le plus souvent le sommet, et a appliqué le forceps sur la tumeur. Dans les observations recueillies par M. Chabazian pareille méprise a été commise 14 fois.

---

(1) CHABAZIAN. *Loc. cit.*, p. 79.

(2) DEPAUL. Académie de médecine, séance du 17 janvier 1882, et CADEAC. Thèse de Paris, 1859, p. 18.

(3) *Obstetrical Transactions*, 1871, p. 273.

Enfin, le polype du col et l'inversion utérine peuvent encore être confondus et pris l'un pour l'autre. Dans le polype en effet, on trouve, comme dans l'inversion, une tumeur arrondie munie d'un pédicule et émergeant de l'orifice du col. Dans les deux cas il y a une tumeur plus ou moins volumineuse qui fait saillie à la vulve, et qui pend entre les cuisses de la femme. Sans doute, un examen attentif et une exploration minutieuse permettront de reconnaître la véritable nature de la tumeur. Quand c'est un fibrome on sentira par la palpation pratiquée après l'accouchement le fond de l'utérus plus ou moins élevé au-dessus du pubis; tandis que s'il y a inversion la partie inférieure de l'abdomen et la cavité pelvienne seront libres.

Malgré ces signes, la confusion a été faite et de deux manières différentes : tantôt des inversions ont été prises pour des polypes, tantôt, ce qui est beaucoup plus rare, des polypes ont été pris pour des inversions comme dans l'observation que j'ai rapportée.

M. P. Denucé (1) que la science vient malheureusement de perdre, a pu réunir dans son important *traité clinique de l'inversion utérine*, si riche en documents, 43 exemples de l'erreur de diagnostic qui consiste à prendre une inversion pour un polype, chiffre considérable, si l'on songe que la plus grande partie des erreurs de ce genre n'a certainement pas été dévoilée. « Les noms les plus autorisés de la chirurgie moderne, dit-il, ne manquent pas à cette liste, puisque nous y trouvons Wiliam Hunter, M. A. Petit, Denman, Clarke, Paletta, Bloxam, Johnson, Jobert de Lamballe, Velpeau, Oldham, Le Fort, Gosselin, Lombe Athil, Barnes, etc. C'est une consolation, sinon une excuse pour les chirurgiens qui ont commis la même méprise, de se trouver en si bonne compagnie. »

L'erreur opposée, prendre un polype pour l'utérus en état

---

(1) *Traité clinique de l'inversion utérine.* Paris, 1883, p. 243 et suivantes.

d'inversion, s'observe, comme je l'ai dit, beaucoup moins fréquemment.

Parmi les rares exemples que j'ai pu trouver, je n'en citerai qu'un seul, il appartient à Guiot, et a été rapporté par Levret dans son mémoire sur les *polypes de la matrice et du vagin* (1).

« Au mois d'avril 1752, M. Guiot fut prié de voir une femme nouvellement accouchée, dont on croyait la matrice renversée et tombée, et trouva une tumeur considérable sortie du vagin, qu'au premier aspect, il crut être un renversement de l'utérus ; mais, trouvant le pouls de la malade assez bon, et cinq heures s'étant écoulées depuis l'accouchement, sans perte de sang considérable, et la sage-femme lui ayant dit que la tumeur avait paru avant la sortie de l'enfant, il conjectura qu'il s'agissait de toute autre maladie. Il examina donc les choses avec beaucoup d'attention, et il reconnut que c'était une espèce de polype utérin, dont la racine, qui partait de l'intérieur de la matrice, se prolongeait à travers son orifice, au côté droit duquel elle était attachée. Le pédicule qui se trouvait isolé et libre dans tout le reste de son étendue, était aplati, large de deux travers de doigts, de différente épaisseur, d'une substance solide. Le corps de la tumeur sortie du vagin, avait le volume de la tête d'un enfant nouveau-né. M. Guiot prit aussitôt le parti de lier la tumeur le plus près qu'il put de l'orifice de la matrice. La tumeur fut soutenue par des serviettes ; on prescrivit un repos exact à la malade. Mais les vives douleurs qui se firent sentir aux lombes et dans l'aine droite, déterminèrent le lendemain M. Guiot à couper la tumeur au-dessous de la ligature qui tomba dès le troisième jour ; l'extrémité du pédicule qui paraissait à l'entrée du vagin, commençait à suppurer ; pendant la suppuration, le pédicule rentra dans l'intérieur. Au reste, la malade n'eut aucun accident ; elle allaita son enfant, et elle fut bientôt parfaitement rétablie. »

Je n'insisterai pas sur le peu de gravité d'une semblable erreur de diagnostic. Le plus souvent les efforts infructueux du médecin pour faire repasser par la boutonnière vulvaire

(1) *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. III, 1757, p. 543.

ce qu'il croit être l'utérus en inversion lui montrent qu'il se trompe. Tandis que les conséquences sont bien autrement redoutables quand, prenant l'utérus pour une tumeur il en pratique l'ablation. C'est parce que M. Denucé avait commis une pareille méprise, qui avait amené la mort de son opérée en 48 heures, que le consciencieux chirurgien de Bordeaux a eu l'honnêteté et le courage de publier son livre sur l'inversion utérine. Connaissant mieux cet accident, il espère que le médecin ne sera plus aussi exposé à confondre l'utérus avec un polype et à commettre ainsi une erreur dont les suites peuvent être si funestes.

SALPINGO-OVARITE

TRENTE-DEUX CAS DE SALPINGO-OVARITE TRAITÉS PAR LA LAPAROTOMIE

Par le Dr **Terrillon**, professeur agrégé, chirurgien de la Salpêtrière.

Dans une récente discussion qui eut lieu devant la Société de chirurgie à propos des salpingo-ovarites ou inflammation des trompes et de l'ovaire ; j'ai pris la parole pour indiquer quelles étaient mes idées sur la pathogénie et la marche de cette affection. J'avais à ce propos indiqué quel était le résultat de ma pratique jusqu'à ce jour. Ma statistique personnelle comprenait 32 opérations pratiquées par la voie abdominale, pour remédier aux accidents produits par cette maladie, en enlevant les organes lésés.

Cette communication avait été simplement résumée, et je n'ai pu développer en entier le résultat de toutes mes réflexions sur ce sujet si complexe. Les observations que j'avais recueillies, avaient été écourtées et la plupart d'entre elles n'avaient pas été données en entier.

Il me semble donc utile de revenir sur ce travail un peu circonscrit, de lui donner plus de développement, et aussi de publier en entier la plupart des observations qui méritent d'attirer l'attention à cause de leurs caractères spéciaux.

Avant de commencer, je rappellerai que l'histoire de la salpingo-ovarite ou inflammation des annexes de l'utérus, a déjà été étudiée par moi dans le courant de l'année précédente et de cette année.

J'ai lu devant l'Académie de médecine deux mémoires sur ce sujet, suivis d'un rapport de M. le professeur Cornil, en 1887. Un certain nombre d'observations ont été publiées dans les *Annales de gynécologie*, 1887 et 1888.

Un travail fait en commun avec le professeur Cornil, sur l'anatomie pathologique des salpingites a paru dans les *Archives de la physiologie normale et pathologique* (15 novembre 1887).

Devant la Société de chirurgie, j'ai présenté un certain nombre de pièces provenant des opérations que j'avais pratiquées (*Société de chirurgie*, 1887, p. 210 à 346).

Tous ces travaux se trouvent résumés dans deux leçons que j'ai professées à la Salpêtrière, publiées par le *Bulletin médical* en 1887 et qui se trouvent reproduites dans mon recueil de *Leçons de clinique chirurgicale* paru dernièrement. (Doin, éditeur, 1888.)

Toutes ces publications indiquent que je suis suffisamment autorisé à émettre mon opinion sur ce point si intéressant de la chirurgie abdominale.

Mon intention n'est pas de discuter à fond cette question, car je ne ferais que répéter ce que j'ai dit à ce sujet, et rappeler ce qui est connu par les nombreux auteurs qui ont étudié cette question. Je me contenterai donc de traiter quelques points principaux qui me semblent devoir être élucidés plus spécialement et qui ont déjà été envisagés par ceux qui ont publié les travaux les plus récents.

Ce mémoire comprendra 3 parties. La première sera consacrée à ma statistique personnelle.

Je ne donnerai comme pièces justicatives que les observations les plus intéressantes. Comme quelques-unes ont été publiées dans les mémoires indiqués plus haut, je fournirai les indications spéciales.

Dans la seconde partie, j'indiquerai mon opinion sur la pathogénie et la marche de cette maladie, en discutant les opinions contraires. Enfin je terminerai dans le troisième chapitre par quelques réflexions à propos du manuel opératoire et en insistant sur les conclusions qu'on peut tirer actuellement de l'étude des salpingites.

I. — *Statistique.*

Les 32 salpingites que j'ai opérées, peuvent se diviser en quatre groupes distincts, surtout au point de vue des lésions anatomiques constatées au niveau de la trompe et de l'ovaire. Cette séparation me semble utile, car chacun de ces groupes présente une physionomie qui lui est propre et j'espère démontrer plus loin, que chacun donne des résultats différents, après l'opération.

Mes opérations comprennent : cinq hémato-salpingites, dix-neuf pyo-salpingites, six salpingites simples ou catarrhales, deux salpingites kystiques. Je passerai en revue chacun de ces groupes en insistant sur quelques observations plus intéressantes et plus instructives ; je terminerai en insistant sur une classe absolument distincte au point de vue chirurgical. Je veux parler des salpingites accompagnées ou compliquées d'accidents aigus et menaçants du côté du péritoine, c'est-à-dire de la *pelvipéritonite aiguë.*

A. *Hémato-salpingites.* — Ces opérations sont au nombre de cinq. Dans trois cas, les trompes remplies de sang, oblitérées et adhérentes au péritoine, furent enlevées en totalité, ainsi que l'ovaire ; les malades ont guéri.

Une seule parmi ces trois observations mérite d'être signalée. La malade a présenté depuis cette double opération des pertes revenant à intervalle régulier. Cependant l'ablation des annexes de l'utérus a été pratiquée complètement, puisque les pièces ont été dessinées avec soin et examinées ensuite par M. Cornil.

Les règles ont donc persisté chez elle malgré l'extraction

complète des deux trompes et des deux ovaires ; elle persistent encore actuellement et cependant l'opération a été pratiquée le 7 mars 1887 (1).

Ici l'utérus était volumineux et altéré depuis longtemps, et son état de maladie suffirait peut-être pour expliquer cette persistance des pertes sanguines.

Je livre ce fait à la réflexion de ceux qui croient que la présence de la trompe et de l'ovaire est indispensable à la régularité de la menstruation, car ici il ne peut y avoir de doute sur l'ablation de ces deux annexes, que j'ai faite avec le concours de mon ami, le Dr Bouilly. Je signalerai un fait semblable à propos des pyo-salpingites doubles, opérées, guéries.

Les deux autres cas d'hémato-salpingite sont un peu spéciaux et méritent d'attirer un instant l'attention.

Dans le premier, il s'agit d'une jeune fille de 18 ans (2), souffrant dans le ventre depuis l'époque d'apparition de ses règles, vers l'âge de 14 ans. Une tumeur volumineuse occupait le côté droit du bassin et empiétait sur la ligne médiane en immobilisant l'utérus. Elle était fluctuante.

Par une laparotomie médiane, je découvris cette tumeur saillante et en partie libre dans le bassin. Une ponction permit d'extraire 300 gr. de sang noir sirupeux.

J'essayai d'enlever cette poche, mais la trouvant trop adhérente au bassin et à l'utérus, je l'ouvris largement. Elle contenait encore 300 gr. de fibrine noire mélangée avec de l'hématine en cristaux. Un nettoyage complet mit à nu la surface tomenteuse de cette poche.

Les bords de l'ouverture soudés à la paroi abdominale, permirent le drainage de cette trompe. Tout alla bien et la cavité se rétrécit rapidement, mais en restant fistuleuse. C'est alors que se

(1) Obs. II du Mémoire sur les inflammations de la trompe et de l'ovaire. *Arch. de Gyn.*, 1887.

(2) Obs. II du Mémoire intitulé : Trois nouvelles observations d'hémato-salpingite et ovarite, communiqué à l'Académie de médecine, 27 septembre 1887 et publié dans les *Annales de gynécologie*, 1888.

produisit un phénomène curieux, qui indique bien le rôle de la trompe dans la menstruation. Aux prochaines règles, eut lieu par l'orifice fistuleux une perte de sang abondante. Celle-ci se renouvela à chaque époque menstruelle. Ces règles anormales se sont montrées quinze ou seize fois jusqu'à ce jour, puisque l'opération a eu lieu le 17 juillet 1887. Actuellemént cette malade est rentrée dans mon service, la fistule persiste encore, mais elle est sur le point de guérir à la suite d'une cautérisation profonde pratiquée avec le galvano-cautère. La guérison fut définitive le 1er mars 1889.

Il est certain que dans ce cas, l'ablation totale de la poche eût été préférable, et aurait évité la persistance de la fistule. Je crois qu'on peut établir d'une façon à peu près certaine, que cette persistance est due à une structure spéciale de la paroi qui limite la cavité purulente, paroi qui n'est autre que la muqueuse utérine hypertrophiée, laquelle n'a aucune tendance à se cicatriser avant que l'épithélium soit complètement détruit.

Lorsqu'il s'agit au contraire d'un abcès voisin de la trompe et développé dans le tissu cellulaire du bassin ou dans les loges membraneuses du péritoine, la cavité, après son ouverture large, se rétrécit et se comble rapidement sans rester fistuleuse. Ce résultat heureux de l'ablation, je l'ai obtenu chez ma dernière malade atteinte d'hémato-salpingite (1).

Il s'agit de cette femme dont j'ai rapporté l'observation devant l'Académie de médecine. Chez elle les règles se faisaient presque intégralement dans la trompe droite dilatée; depuis deux ans, se formait une tumeur facile à sentir dans le bassin du côté droit. Cette tumeur avait été prise par plusieurs médecins pour un abcès du ligament large.

Ayant reconnu la fluctuation et diagnostiqué la nature de la tumeur, je la ponctionnai pendant l'espace de quatre ans, douze fois par la paroi abdominale; chaque fois la quantité de sang noir extrait variait de 200 à 400 gr. La malade était aussitôt soulagée.

Mais à la prochaine époque menstruelle, cette cavité se remplissait de nouveau; pendant ce temps, quelques gouttes de sang sortaient par le vagin.

Enfin je me décidai à faire l'opération radicale le 5 novembre 1887. Une trompe épaisse, grosse comme les deux poings, con-

---

(1) Obs. III du Mémoire cité plus haut.

tenant 350 gr. de sang et de la fibrine mélangée d'hématine, fut enlevée en totalité et la malade guérit. La pièce examinée par M. le professeur Cornil montre une hypertrophie énorme et une multiplication étrange des franges de la muqueuse de la trompe dilatée.

B. *Pyo-salpingites.* — Les salpingites purulentes que j'ai eues à traiter chirurgicalement, sont au nombre de dix-neuf et se divisent en deux groupes. Les unes furent enlevées en totalité, ordinairement des deux côtés; elles sont les plus nombreuses, car je compte quatorze cas de cette variété.

Les autres, au nombre de cinq, ne pouvant être enlevées à cause de leurs adhérences aux parties voisines et de leurs complications, furent drainées par la voie abdominale, c'est-à-dire après avoir pratiqué la laparotomie. J'ai toujours fait le drainage simple sans passer par le vagin.

Les pyo-salpingites, qui furent enlevées en totalité et sont comme je l'ai dit au nombre de quatorze, étaient particulièrement intéressantes; par leur volume variable et par leur origine; cinq d'entre elles étaient manifestement dues à la blennorrhagie, les autres à des fausses couches ou suites de couches. C'est dans cette série que j'ai perdu la seule malade qui soit morte parmi mes trente-deux opérées de salpingite.

Il s'agissait d'une femme de 40 ans, qui avait une affection des organes génitaux depuis huit ans. Du côté droit, existait une poche purulente qui se vidait d'une façon incomplète et intermittente dans le rectum. Je l'opérai le 20 octobre 1888 avec le concours de mon ami, le Dr Routier.

Par une incision médiane, j'arrivai, après avoir repoussé les intestins et l'épiploon adhérents, sur la trompe dilatée et fluctuante.

Une ponction donna issue à 350 grammes de pus.

J'eus d'abord la pensée de me contenter de pratiquer le drainage, sans essayer d'enlever la poche en entier. Cependant, après quelques essais, et trouvant la résistance des adhérences assez faibles dans le fond du bassin, au voisinage du rectum, j'entrepris la décortication. Celle-ci fut longue et difficile, la poche se rompit

et j'employai une heure entière pour la séparer de l'utérus. En enlevant le dernier lambeau, j'ouvris une petite poche secondaire purulente, située derrière l'utérus ; elle avait probablement pour origine l'ovaire. Mais il me fut impossible d'enlever cette cavité secondaire que je nettoyai cependant avec soin. Le lavage et le drainage furent pratiqués aussi abondamment que possible, mais la malade mourut le huitième jour de péritonite.

J'étais donc en présence d'un cas complexe, avec opération difficile et étendue, et pour laquelle j'aurais dû me contenter du drainage, opération moins radicale, mais aussi moins dangereuse.

Obs. I. — *Double salpingite muco-purulente d'origine blennorrhagique. — Ablation des deux trompes et des deux ovaires. — Guérison.*

Mme J., âgée de 30 ans, brune, d'une bonne santé habituelle a été réglée à 13 ans et demi et mariée à 23 ans.

Peu après son mariage elle fit une fausse couche de quelques semaines, accompagée d'une hémorrhagie abondante. A la suite elle éprouva des douleurs vives dans le ventre, avec accidents péritonéaux légers.

Cependant depuis cette époque elle souffre dans le bas-ventre des deux côtés; les règles sont très douloureuses et abondantes ; elle maigrit depuis quelque mois, se plaint de nausées, de constipation et trouve la vie insupportable.

25 avril 1888. Je l'examine sous le chloroforme avec le Dr Lecoconier et constate deux masses douloureuses de chaque côté de l'utérus, celle de droite est située plus bas que celle de gauche.

Opération, le 24 mars 1888. Du côté droit je trouve une grosse trompe oblitérée remplie de muco-pus, du volume du pouce avec un ovaire adhérent et rempli de poches sanguines. Ces organes sont situés très bas.

Du côté gauche existe la même lésion, mais avec cette différence que les deux organes sont accrochés et adhérents au niveau du bord du détroit supérieur et que l'ovaire est particulièrement gros et congestionné. L'opération est difficile et dure une heure et quart : drainage pendant 36 heures.

La malade est actuellement guérie et enchantée d'avoir subi cette opération.

Obs. II. — *Double salpingite muco-purulente. — Ablation totale. — Guérison.*

Mme X., âgée de 28 ans, souffre depuis plusieurs années de douleurs violentes dans le ventre. Cet état remonte à quelques jours après son mariage qui date de 6 ans. Toujours tourmentée par ces douleurs qui existent de chaque côté du bas-ventre, et qui s'exaspèrent par la marche, la voiture et la plupart des mouvements exagérés, elle maigrit et vomit souvent.

Le Dr Hybord après l'avoir soignée pendant longtemps, mais sans pouvoir arriver à un autre résultat qu'une amélioration toujours passagère des symptômes, diagnostique une double salpingo-ovarite et m'adresse la malade à la Salpêtrière, 15 mai 1888.

En l'examinant à son entrée je constate un utérus mobile et peu douloureux.

Le doigt poussé dans les culs-de-sac latéraux provoque une douleur très vive et insupportable et perçoit la présence d'une petite masse grosse comme une amande, douloureuse et immobile surtout à droite.

L'*opération* est pratiquée le 30 mai 1888 en présence du Dr Hybord.

J'enlève par la laparotomie deux trompes peu volumineuses, mais aux franges exagérées, elles sont adhérentes faiblement aux parties voisines et à l'ovaire assez gros, contenant des kystes sanguins.

Les suites furent parfaites et la malade sortit après 15 jours.

Le Dr Hybord m'écrit le 28 décembre 1888 que cette jeune femme souffre encore un peu à gauche, mais que son état général est très amélioré et très supportable.

L'utérus est mobile, le ventre souple et on ne sent aucun empâtement à côté de l'utérus dans le bassin.

Obs. III. — *Double salpingite muco-purulente. — Ablation des deux annexes. — Guérison.*

Mme X., âgée de 32 ans, blonde, ordinairement bien portante.

Elle fut réglée à l'âge de 15 ans, ses règles avançaient de quelques jours. Mariée à 23 ans, elle éprouve peu de temps après

des hémorrhagies assez abondantes avec douleurs dans le ventre. Mais tout cesse pour la laisser en repos jusqu'à 27 ans.

A cette époque, nouvelle perte accompagnée de douleur; depuis cette époque elle souffre continuellement à droite, surtout quand elle fatigue.

A 30 ans, elle éprouve encore les mêmes phénomènes avec pertes et douleurs vives. Ces accidents se renouvellent plusieurs fois à intervalles irréguliers, lorsque le 5 novembre 1887 elle est prise d'une perte plus violente avec des accidents péritonéaux légers et passagers. Depuis qu'elle est malade elle est devenue impressionnable, son caractère a changé, et elle se plaint presque continuellement de douleur dans le ventre.

Le 9 avril 1888 appelé auprès d'elle par le Dr Auvard, je l'examine avec soin sous le sommeil chloroformique.

Le col est petit, conique et tourné en haut et à gauche. La cavité utérine mesure 7 centim., en rétroversion prononcée. L'utérus est repoussé à gauche. Dans le cul-de-sac droit on sent une petite masse douloureuse séparée de l'utérus par un sillon, elle est perçue entre le doigt placé dans le vagin et la main appliquée sur l'abdomen.

Du côté gauche, la même sensation existe, mais plus vague. Des deux côtés la douleur à la pression est très vive.

La malade désire attendre avant de se faire opérer, finalement elle se décide le 31 octobre 1888.

Après l'ouverture de l'abdomen j'enlève une trompe grosse comme le doigt, hypertrophiée, oblitérée, adhérente à un ovaire recouvert de fausses membranes. Ces organes sont situés à gauche dans le cul-de-sac de Douglas à côté de l'utérus.

Du côté droit, existe la même lésion, mais les annexes sont situées plus haut presque vers le détroit supérieur.

La section du pédicule est pratiquée avec le thermocautère. Une hémorrhagie d'un des pédicules augmente la durée de l'opération.

Les suites furent presque nulles et la malade quitta la maison de santé le 25e jour, parfaitement guérie.

Cinq trompes suppurées, volumineuses, ne furent pas enlevées, mais après une laparotomie médiane, et une ponction suivie d'évacuation, elles furent soudées à l'ouverture abdominale et drainées.

Deux de ces cas ont laissé une fistule persistante qui a duré, l'une six mois, l'autre huit mois. Deux de ces observations ont été publiées dans un mémoire (1) sur l'*ouverture des abcès profonds du bassin par la laparotomie.* Je montre dans ce travail que l'ouverture des abcès de la trompe par la laparotomie est, dans certains cas, plus facile et plus avantageuse que par les autres voies, ainsi que Lawson Tait et quelques chirurgiens américains nous l'ont enseigné.

A propos de ces faits, je crois utile de vous signaler un cas intéressant que j'ai opéré dernièrement, à la Salpêtrière, où elle m'a été adressée, par le Dr Lecoconier. La malade est sortie guérie de mon service.

Mme X..., âgée de 29 ans, entre à la Salpêtrière, le 6 novembre 1888. Une couche suivie d'accident, a été, il y a 12 ans, la cause de ses ennuis. Une poussée aiguë de péritonite la tient au lit depuis deux ans, avec frissons et amaigrissement progressif.

Elle portait du côté gauche une tumeur fluctuante, très volumineuse, occupant le bassin, reconnaissant pour origine une fausse couche déjà ancienne.

Opération, 8 novembre 1888.

Cette tumeur fluctuante était tellement appliquée contre la paroi abdominale antérieure, jusqu'à l'ombilic, qu'elle semblait faire partie de cette paroi. Elle formait le plastron abdominal si souvent décrit par les gynécologistes et à propos duquel on a beaucoup discuté. Je me décidai, à cause de cette disposition, à aller directement à la recherche du pus par la partie la plus saillante de la tuméfaction, c'est-à-dire au-dessous de l'arcade de Fallope à gauche. Mais, après avoir incisé la paroi abdominale, je tombai dans la cavité péritonéale qui était intacte, sans adhérences ; je pus, alors, avec ma main introduite dans l'abdomen, examiner la disposition de la partie malade et faire le tour de la tumeur, qui était libre dans le péritoine, excepté vers sa base et derrière le pubis ; c'était bien la trompe dilatée par du liquide. Une ponction donna plus de 900 grammes de pus.

Une exploration attentive me montra qu'il serait dangereux de

(1) *Bull de la Soc. de chir.*, 1887, p. 367

l'enlever ; je l'ouvris largement et la soudai à la plaie abdominale en établissant un large drainage.

Actuellement, la malade va bien et sa fistule après avoir suivi son cours ordinaire s'est fermée en janvier 1889.

La trompe dilatée était donc ici assez volumineuse pour se mettre en contact direct avec la paroi abdominale sans laisser un espace libre occupé par les intestins et l'épiploon.

J'ai insisté sur ce fait intéressant, car il est un exemple frappant et très démonstratif de la cause qui provoque la formation du *Plastron abdominal*. On sait que les auteurs ont insisté beaucoup sur ce signe des inflammations du bassin, connu sous le nom de *Plastron*, celui-ci donne la sensation d'une masse dure située au-dessus de l'arcade de Fallope se rendant plus ou moins haut vers l'ombilic. Ils en ont donné des explications diverses. On a beaucoup discuté sur son origine.

Les uns admettent que l'inflammation développée dans le ligament large gagne le tissu cellulaire sous-péritonéal qui occupe la face postérieure du pubis, s'infiltre en décollant le péritoine et gagne ainsi la face antérieure de l'abdomen.

Les autres croient avec M. Guérin que cette inflammation se développe autour d'un ganglion situé au niveau du trou obturateur. La périadénite ainsi développée se propagerait au-dessous du péritoine en le décollant et formerait ainsi une masse inflammatoire accessible derrière la paroi abdominale.

Or chez ma malade, je constatai une plaque indurée, située derrière la paroi abdominale et qui lui semblait adhérente, c'est-à-dire un *plastron*. Cependant la poche formée par la trompe n'était et ne pouvait être sous-péritonéale, mais venait s'appliquer par simple contact contre la paroi abdominale.

Cette condition a une grande importance, car elle montre combien sont trompeuses les explications purement théoriques des anciens auteurs, qui n'avaient appuyé leur théorie sur aucune preuve et sur aucune constatation directe.

J'ajouterai, sans entrer dans de plus grands développe-

ments, que je me réserve de démontrer plus tard, d'une façon spéciale, que dans quatre autres opérations pratiquées pour des suppurations de l'ovaire et de la trompe, j'ai trouvé la même disposition.

Chaque fois, il existait un plastron abdominal facile à sentir au-dessus de l'arcade de Fallope. Chaque fois, après l'ouverture de l'abdomen, je trouvai la trompe volumineuse suppurée ou non, appliquée derrière l'arcade et adhérente à la paroi abdominale. Quelquefois, l'épiploon adhérent au bord du bassin, épaissi et enflammé, était interposé entre les annexes malades et la paroi abdominale.

Ce fait n'a rien qui doive nous étonner, car dans le cours de mes opérations de salpingite, j'ai trouvé l'ovaire et la trompe adhérents et fixés dans les portions les plus diverses.

Le plus souvent dans les culs-de-sac de Douglas, à côté de l'utérus.

Souvent plus haut, vers la corne utérine derrière la symphyse.

Quelquefois, au niveau du détroit supérieur latéralement.

Mais deux fois j'ai trouvé l'ovaire et la trompe encore peu volumineux, apppliqués immédiatement derrière la paroi abdominale vers l'arcade de Fallope.

Dans un cas les organes étaient avant l'opération faciles à sentir dans cette situation ils formaient un petit plastron large comme une pièce de cinq francs, dur et douloureux à la pression.

Aussitôt que les organes ainsi fixés augmentent de volume par le fait de l'inflammation et qu'ils provoquent autour d'eux cette production si abondante de membranes fibreuses et de tractions inflammatoires si communes dans les inflammations péritonéales, une plaque se produit derrière la paroi abdominale. Cette plaque varie d'étendue et d'épaisseur, mais elle est toujours intrapéritonéale et nullement sous-péritonéale comme on l'a prétendu (1).

(1) Sur le même sujet, j'ai fait paraître un mémoire dans les Archives de tocologie, mars 1889.

Une autre observation à peu près semblable mérite aussi d'être rapportée ici, car elle montre que la salpingite purulente peut succéder à des accidents puerpéraux graves. Chez cette malade, la septicémie a cessé grâce aux lavages intra-utérins, mais la maladie ayant gagné la trompe, celle-ci a suppuré.

Obs. IV. — *Salpingite volumineuse suppurée du côté droit à la suite d'une couche. — Ouverture large par la laparotomie. — Guérison.*

Mme G.., âgée de 30 ans, blonde, de bonne santé habituelle, a eu un premier enfant à l'âge de 19 ans, sans accidents et une seconde couche très simple à 28 ans.

Enfin, il y a trois mois, octobre 1888, une couche assez difficile, qui fut suivie 24 heures après d'accidents graves, probablement dus à la rétention d'une parcelle de placenta qui s'est altérée.

Son médecin, M. le Dr Weper, pratiqua des lavages intra-utérins répétés et avec grand soin, il put empêcher ainsi les phénomènes d'infection générale ; la septicémie fut enrayée. Mais il se produisit en même temps une pelvi-péritonite assez sérieuse, surtout du côté droit.

Celle-ci laissa après elle un empâtement douloureux et profond repoussant l'utérus à gauche, et qui présenta bientôt tous les signes de la suppuration.

Appelé en consultation auprès de cette malade le 1er décembre 1888, je constate la présence d'un volumineux abcès situé dans la trompe du côté droit ; avec fièvre presque constante, sueurs abondantes, amaigrissement progressif et alimentation presque nulle.

La poche fluctuante facile à sentir se prolongeait à droite et en haut jusqu'au niveau de l'ombilic.

La malade fut transportée dans une maison de santé le 12 décembre et opérée le 14 décembre avec le concours du Dr Weper et de M. Coffin, interne des hôpitaux. Par une laparotomie médiane, je pénétrai dans le péritoine, l'épiploon adhérent légèrement aux parties profondes fut refoulé en haut et bientôt j'eus sous le doigt la notion exacte d'une poche irrégulière, bosselée, adhérente au

côté droit du bassin et au pubis, mais libre dans tout le reste de sa surface.

Comme la paroi pouvait être attirée facilement au niveau de l'orifice abdominal, je l'ouvris lentement, en ayant soin de protéger le péritoine, et vidai la poche qui contenait environ quatre cents grammes de pus.

Les bords furent soudés à l'ouverture abdominale, après nettoyage parfait de la poche qui descendait profondément dans le bassin. Un drainage fut institué et la cavité en partie remplie avec la gaze iodoformée.

Les suites de l'opération furent parfaites ; la fièvre disparut complètement, et l'appétit revint aussitôt, en même temps que le faciès reprenait son aspect habituel.

Des lavages journaliers de la poche empêchaient toute infection.

La malade rentra chez elle le 3 janvier 1888, ne présentant plus qu'une fistule peu profonde qui se ferma bientôt après.

Les exemples que je viens de citer prouvent qu'on a quelquefois à choisir entre l'ablation qui peut être dangereuse, mais plus radicale, ou le drainage plus sûr, mais beaucoup plus lent et qui laisse souvent une fistule très rebelle.

C. *Salpingites catarrhales.* — J'ai opéré six malades atteintes de salpingite catarrhale. Dans ces cas, la trompe un peu hypertrophiée, ordinairement oblitérée au niveau de son pavillon avec des franges épaissies, était adhérente aux parties voisines ainsi qu'à l'ovaire, recouvert lui-même de fausses membranes rouges et vasculaires.

Dans ces conditions, la trompe ne contient pas de liquide, sa muqueuse et surtout sa tunique musculaire sont épaissies et hypertrophiées, principalement quand l'inflammation date de longtemps. C'est dans cette variété de salpingite que certains auteurs ont cru à l'intégrité de la trompe. Cependant la présence d'adhérences à sa surface et son union assez intime avec le péritoine ne laissent aucun doute ; l'examen histologique, du reste, permet d'affirmer la nature des lésions. Celles-ci existaient toujours dans les trompes que j'ai enlevées.

Dans toutes ces observations, sauf une, j'ai enlevé les deux trompes et les deux ovaires, après les avoir détachés avec plus ou moins de difficulté, des parties voisines. Elles occupent, comme toutes les salpingites, les sièges les plus variables, le plus souvent à côté de l'utérus, assez bas dans le cul-de-sac de Douglas, mais souvent aussi derrière le pubis ou même accolées vers le bord latéral du détroit supérieur.

Chez une de mes malades (obs. V), je me suis contenté d'enlever les organes d'un seul côté et j'ai laissé les autres en place, mais après avoir déchiré les adhérences faibles, semblables à une toile d'araignée qui la recouvraient et l'unissaient lâchement aux parties voisines. L'opération date du 10 décembre 1888. Le cas est trop récent pour que je puisse savoir si j'ai agi sagement, et si je n'aurais pas mieux fait d'enlever les deux annexes; mais il s'agissait d'une femme très jeune, âgée de 28 ans à peine, et qui m'avait supplié de ne pas la priver de l'espoir d'avoir un autre enfant.

Obs. V. — *Salpingite ancienne d'origine inconnue. — Ablation des annexes dun seul côté. — Guérison.*

Mme D., âgée de 31 ans, est brune, mais est assez chétive.

A quinze ans elle eut une fièvre typhoïde, longue, peu grave, mais qui laissa une santé chancelante.

Réglée à 16 ans, elle se maria à 19 ans, et fit successivement quatre fausses couches, qui la fatiguèrent beaucoup.

Depuis cette époque, surtout depuis la dernière, elle souffre continuellement dans l'abdomen.

En 1881, elle avait alors 24 ans, elle fut soignée à Paris pour une métrite et fit peu après une nouvelle fausse couche.

Enfin en 1883 survint une dernière fausse couche, au moins d'après son dire.

Les douleurs du ventre se sont accentuées depuis cette époque; les règles devinrent douloureuses et irrégulières, puis elles disparurent il y a 18 mois. Elles ont fait place à un écoulement séro-purulent survenant brusquement à chaque époque menstruelle,

et précédé de douleurs. Cet écoulement persiste ensuite pendant quelques jours.

Par le toucher on sent l'utérus en place, peu mobile, peu douloureux, mais il est facile de constater deux masses douloureuses très sensibles à la pression et séparées de l'utérus par un sillon.

L'opération a lieu le 28 mai 1888.

Des adhérences épiploïques nombreuses et résistantes gênent beaucoup la pénétration de la main au fond du bassin.

J'enlève avec peine l'ovaire et la trompe du côté gauche, très malades et très adhérents.

Il m'est impossible d'enlever les organes du côté droit, qui sont fixés solidement au fond du bassin, formant à peine relief et qui semblent atrophiés et englobés dans une gangue fibreuse épaisse.

Drainage pendant 48 heures.

La malade guérit rapidement et se trouva très soulagée. Cependant elle m'a donné de ses nouvelles, 3 décembre 1888, elle souffre encore du côté droit.

Sur une malade je me suis contenté de libérer les adhérences qui unissaient les trompes et les ovaires aux parois du bassin. Il me semblait que les trompes étaient peu altérées et je suppose que dans ce cas les lésions de ces organes qui avaient quatre ans auparavant causé une légère poussée de péritonite, s'étaient atténuées et que les phénomènes inflammatoires avaient disparu dans leur intérieur.

La présence des fausses membranes qui les unissaient aux parties voisines et gênaient leur fonctionnement et leur déplacement normal, étaient probablement la cause des douleurs, des tiraillements et des inconvénients variés qu'éprouvait la malade et qui l'avaient poussée à réclamer à tout prix une opération qui pût la soulager.

Obs. VI. — *Double salpingite catarrhale. — Mobilisation des annexes. — Déchirure des adhérences sans ablation. — Guérison.*

Mme P., âgée de 35 ans, entre à la Salpêtrière le 1er décembre 1888.

Réglée à 18 ans, elle eut quatre grossesses, la dernière il y a 9 ans, elle avait alors 26 ans. Après cette couche il y eut un acci-

dent violent du côté du péritoine, probablement une poussée de pelvi-péritonite, qui dura près de quatre mois, pendant lesquels la malade garda le repos.

Quelque temps après cette maladie, elle eut une période de pertes sanguines prolongées qui l'affaiblirent beaucoup. Enfin, depuis cinq ans, elle souffre dans le bas-ventre presque continuellement surtout en marchant, et est sujette à des crises nerveuses et douloureuses souvent très pénibles. En l'examinant on provoque une douleur vive des deux côtés dans le bas-ventre.

L'utérus est gros, entr'ouvert, hypertrophié, avec rétroversion légère.

De chaque côté, le doigt rencontre une petite masse douloureuse qui correspond aux annexes de l'utérus. En présence de ces constatations et de l'état maladif de cette femme, je lui proposai l'ablation des parties malades.

L'opération eut lieu le 27 décembre 1885. Après avoir ouvert l'abdomen j'eus à déchirer des adhérences faibles et molles pour parvenir dans le fond du bassin.

Je trouvai les annexes de chaque côté, adhérant faiblement aux parties voisines par des tractus fibreux lâches et faciles à déchirer. Les ayant attirées au dehors après leur mobilisation, je constatai que les trompes étaient un peu rouges, légèremeut épaissies, mais ne semblaient pas très altérées.

Je me décidai donc à les libérer complètement et à les mobiliser, et après avoir nettoyé avec soin le péritoine, elles furent remises en place. L'opération avait duré 20 minutes.

Les suites furent parfaites et la malade est actuellement soulagée complètement des douleurs qui l'incommodaient auparavant.

Pour terminer ce chapitre je donne avec quelques détails d'autres observations de salpingite catarrhale ordinaire. Dans ces cas la maladie des trompes était caractérisée par des désordres peu considérables, mais qui ont nécessité l'ablation totale à cause de la déformation des trompes, de leur épaississement et des adhérences qui les unissaient intimement aux parois du bassin.

Obs. VII. — *Salpingite catarrhale double. — Ablation des deux ovaires et d'une trompe. — Guérison.*

Mme X..., âgée de 32 ans, entre à la Salpêtrière le 20 juin 1888.

Réglée à 12 ans et demi, elle eut un enfant à 17 ans ; à 23 ans elle fit une fausse couche qui laissa des troubles sérieux du côté des organes génitaux.

Depuis cette époque ses règles sont plus abondantes et plus douloureuses. Elle ne peut ni marcher ni travailler. Des envies d'uriner fréquentes la fatiguent beaucoup.

Par le toucher on trouve l'utérus volumineux ; le col entr'ouvert est un peu immobilisé.

De chaque côté de cet organe il est facile de percevoir par le palper et le toucher combinés une masse douloureuse, immobile et bosselée.

La malade réclame énergiquement l'opération. Celle-ci est pratiquée le 1er juillet 1888.

La trompe et l'ovaire droits adhérents et malades sont enlevés avec peine.

Du côté gauche, je peux enlever l'ovaire, mais la trompe est tellement adhérente, est confondue avec le péritoine, dans lequel elle est pour ainsi dire incrustée, que je ne peux faire aucune tentative et je la laisse en place.

Guérison.

Obs. VIII. — *Double salpingite. — Ablation des deux ovaires et d'une trompe. — Guérison.*

Mme G., âgée de 27 ans. Entre à la Salpêtrière, le 26 juin 1888. Réglée à 12 ans, assez régulièrement, elle eut un enfant à 17 ans. L'accouchement fut laborieux et laissa une affection douloureuse du bas-ventre qui dura deux mois et demi.

Elle eut, quelque temps après, une pleurésie assez suspecte avec hémoptysie et amaigrissement rapide. Depuis cette époque, la malade fit successivement trois fausses couches à intervalles irréguliers, la dernière date de plus d'un an.

Mais depuis cette époque, les douleurs qu'elle éprouvait dans le ventre ont augmenté beaucoup, les règles sont devenues très abondantes et douloureuses.

La marche et le travail sont très pénibles à cause des douleurs. Des envies d'uriner fréquentes ont compliqué encore cette maladie.

L'examen de la malade permet de constater une douleur très vive, existant à la pression de chaque côté du bas-ventre.

Par le toucher, on trouve l'utérus entr'ouvert, la lèvre antérieure est hypertrophiée ; l'utérus, légèrement rétrofléchi. A côté de lui, existent profondément deux petites masses douloureuses.

Opération, 5 juillet 1888. Après l'ouverture de l'abdomen, je déchire des adhérences épiploïques et intestinales, et j'enlève la trompe et l'ovaire droit très adhérent. Je ne peux enlever que l'ovaire gauche, car la trompe est ici très adhérente, appliquée contre la paroi du bassin, et je crois dangereux de chercher à la détacher avec violence.

Les suites furent bénignes, et la malade sortit guérie de la Salpêtrière.

Obs. IX. — *Double salpingo-ovarite. — Ablation. — Guérison.*

M. J., entre à la Salpêtrière le 29 octobre 1888, elle est âgée de 28 ans. Réglée à l'âge de 13 ans, ses règles ont toujours été abondantes.

Mariée à 20 ans et demi ; elle eut successivement plusieurs fausses couches et une couche à terme sans accidents.

Mais le 24 février 1887 elle accoucha à terme pour la dernière fois, une perte abondante se déclara après la délivrance ; on fit plusieurs lavages intra-utérins. Elle se remit assez rapidement et deux mois environ après reprit ses occupations. Mais depuis cette époque des douleurs violentes dans le bas-ventre la tourmentent continuellement, elles sont exagérées par la marche et la moindre fatigue.

Depuis quelque temps elle maigrit, avec des nausées et de la constipation ; les douleurs du bassin augmentent.

Cette femme désire beaucoup être débarrassée de cette infirmité qui l'empêche de gagner sa vie.

Par le palper abdominal on provoque une douleur vive dans la région des deux trompes.

Le toucher permet de reconnaître profondément, à côté de l'utérus, deux masses indurées avec empâtement périphérique.

Le col est normal et la cavité utérine mesure 8 centimètres et est en rétroflexion.

L'opération est pratiquée le 13 *novembre* 1888.

Les deux trompes et les deux ovaires adhérents sont enlevés. Les trompes sont oblitérées et grosses comme le petit doigt. Pas de drainage. Guérison.

Obs. X. — *Salpingite catarrhale. — Ablation d'une trompe avec l'ovaire correspondant. Les annexes de l'autre côté atrophiées et adhérentes sont laissées en place. — Guérison.*

Mme D., âgée de 30 ans, a eu deux grossesses l'une il y a 7 ans, l'autre 3 ans.

Depuis cette dernière couche qui a nécessité un séjour au lit de plus de six semaines, à cause des accidents survenus peu après, la malade souffre dans le bas-ventre des deux côtés.

Elle a maigri, souffre continuellement et surtout au moment des règles qui sont abondantes. Elle ne peut travailler.

L'utérus est peu mobile, en rétroflexion légère. Du côté gauche on sent une masse dure, douloureuse qui se déplace à peine.

Il en est de même du côté droit, mais la petite tumeur est moins appréciable.

Opération le 10 *décembre* 1888. Après l'ouverture de l'abdomen, je trouve l'épiploon adhérent, et au-dessous de lui des tractus fibreux qui unissent lâchement entre elles quelques anses intestinales.

Du côté gauche la trompe encore mobile, mais adhérente par des filaments aux parois du bassin. L'ovaire est soudé assez intimement au péritoine ; les adhérences qui l'unissent saignent facilement.

Ces deux organes sont enlevés ensemble. La trompe est un peu plus grosse et son pavillon dont les passages sont hypertrophiés, semble oblitéré.

Du côté droit, les organes sont lâchement unis au péritoine, je me contente de déchirer ces moyens d'union et après les avoir attirés au dehors et vérifié leur intégrité relative, je les remets en place. Guérison.

Obs. XI. — *Salpingite double et ancienne. — Ablation des deux annexes. — Drainage. — Guérison.*

Mme I.., âgée de 38 ans, m'est recommandée par le Dr Budin.

Cette femme a depuis une douzaine d'années à la suite d'une

fausse couche des troubles du côté des trompes et des ovaires.

Elle est surtout incommodée par les douleurs continues du côté du bassin de chaque côté, qui l'empêchent de marcher et de se livrer à ses occupations. Les règles sont abondantes et très douloureuses.

Des troubles digestifs graves troublent beaucoup cette malade : enfin la vie est chez elle insupportable ; aussi elle se décide à subir une opération radicale.

Opération le 31 *décembre* 1888.

La malade supporte mal le chloroforme et a une syncope dès le début de l'opération.

Ouverture de l'abdomen sur la ligne médiane. Je trouve des adhérences de l'intestin et de l'épiploon qui sont difficiles à déchirer et j'ai grand'peine à pénétrer dans le fond du bassin.

De chaque côté, la trompe est appliquée contre les parois, très bas, contre la paroi vaginale ; l'ovaire est aussi très adhérent. Pendant une demi-heure, je cherche à les dégager, sans y parvenir, mais cependant je détruis les adhérences qui les masquent.

Enfin je parviens à extraire par lambeaux et avec peine les annexes du côté gauche en les déchirant et je place une ligature sur l'angle de l'utérus.

A droite l'ovaire est enlevé en totalité, mais je ne peux extraire qu'une partie de la trompe, dont la portion externe reste en place ; elle est tellement accolée au péritoine qu'on ne peut la séparer.

Ces désordres ont donné du sang en assez grande quantité. Le nettoyage est fait avec des éponges. Je place un gros drain jusque dans le fond du bassin.

Pansement avec la gaze au salol.

L'opération a duré une heure et demie.

Le soir, vomissements abondants, la malade urine seule 37°,2. P. 80.

1er janvier 1889. Pas de gaz par l'anus, pas de ballonnement. Urine seule. 37°,6. P. 80. Un peu de douleur.

Le suintement a été abondant, et le pansement renouvelé.

Le 2. 37°,6. P. 80. Un peu de douleur du côté gauche. Pas de ballonnement ; des éructations. La malade urine seule.

Le tube est coupé aux trois quarts, il est rempli de sang fluide et noir.

La guérison était complète après un mois.

(*A suivre.*)

EMPLOI DE L'IODOFORME
DANS LE TRAITEMENT DE LA MÉTRITE CHRONIQUE

Par MM. les Drs **Roux** et **Schnell**,
Chefs de clinique à l'École de médecine de Marseille.

Parmi les affections qui, jusqu'à nos jours, ont le plus exercé la patience du médecin, la métrite chronique tient, sans contredit, un rang important. Les insuccès dans le traitement ont, pendant longtemps, été la règle; c'est que les médications étaient souvent bien peu appropriées, bien peu en rapport avec la nature de la maladie. Aujourd'hui, au contraire, on arrive à guérir cette affection réputée auparavant presque incurable; c'est que grâce à l'anatomie pathologique et à l'étiologie on a mieux connu comment devait être dirigée la thérapeutique.

Agir directement sur la muqueuse utérine, tel doit être le but principal du traitement des métrites. Certainement l'étiologie nous enseigne que la métrite est parfois d'origine dyscrasique et qu'à négliger l'état général, chlorose ou artério-sclérose (1), on s'exposerait à de fréquents mécomptes ou tout au moins à des guérisons momentanées et simplement apparentes. Mais, ce groupe étiologique mis à part, on peut affirmer que dans la grande majorité des cas, toute métrite a une origine virulente (2). En raison même de l'extériorité de la cause, c'est la muqueuse utérine qui est la première atteinte. Cette localisation en surface conduit au principe thérapeutique de l'action directe; il faut traiter le foyer initial, le foyer d'entretien, c'est-à-dire la muqueuse malade.

Or, à écouter certains auteurs, l'hésitation ne serait plus de mise, et le curage seul aurait mission de venir à bout d'une affection si rebelle; les applications de topiques intra-

(1) Martineau. *Soc. obst. et gyn. de Paris*, 13 janvier 1887.
(2) Doléris. *Soc. obst. et gyn. de Paris*, 13 janvier 1887.

utérins seraient moins efficaces et plus dangereuses. Les attaques ont porté il est vrai plus spécialement sur l'usage des cautérisations intra-utérines qui auraient « multiplié le nombre des accidents, alors que le curage s'est affirmé de plus en plus » (1).

C'est là, croyons-nous, prendre la question par le mauvais côté et les auteurs précédents devaient fatalement se heurter à des résistances bien justifiables. Pajot a relevé l'attaque contre les cautérisations, au nom de ses quarante années de pratique (2); si l'on voulait faire le procès du curage on trouverait bien des arguments contre le procédé.

Les critiques passionnées dans l'un et l'autre sens sont injustes : il faut savoir reconnaître à chacun de ces modes de traitement des indications qui imposent, selon les cas, leur usage, et l'éclectisme doit ici être la règle. N'oublions pas que nous avons affaire à un organe capricieux : « Il y a des utérus qui ne supportent rien, il y en a qui supportent tout » a dit Pajot (3). Encore faut-il que le médecin soit assez judicieux pour lui faire supporter le minimum indispensable à la guérison.

Il est en effet des cas où d'iodoforme par exemple a produit les plus heureux effets. Pourquoi alors de parti-pris se priver des bénéfices de son action moins brutale que celle du curage, plus facilement acceptée et qui nous a donné des résultats que ne répudieraient certainement pas les admirateurs exclusifs du curage. En outre celui-ci n'est pas toujours applicable ; tantôt, c'est le refus de la part de la malade, de toute intervention énergique (obs. I), tantôt c'est un état subaigu avec fièvre (obs. II), tantôt une extension trop grande prise par le mal dans la tuberculose génitale (obs. III). C'est dans des circonstances analogues que l'iodoforme pourra rendre de grands services.

---

(1) *Nouvelles Arch. de gynécologie*, mai 1888.

(2) *Annales de gynécologie*, juin 1888.

(3) Soc. obst. et gyn. de Paris, 14 avril 1887.

Le traitement iodoformé a d'ailleurs déjà fait ses preuves en gynécologie comme en obstétrique dans les phlegmasies utérines.

Kisch Henrich Steinrich (1) fut le premier, en 1879, à employer l'iodoforme contre les métrites. Dans plus de 50 cas il eut à se louer de l'emploi topique de cette substance à qui il reconnaît une triple action : résolutive, substitutive et anesthésique. Il use de la composition suivante : iodoforme, 1 partie; glycérine, 10 parties; il ne constate aucun inconvénient dans la médication et pose trois indications à son emploi :

a. États hyperplasiques de l'utérus compliqués d'endométrite chronique, notamment quand l'hypertrophie du col semble être la cause principale des troubles.

b. États catarrhaux et hyperplasiques invétérés de la muqueuse du col.

c. Inflammations chroniques de l'utérus avec phlegmasie des annexes, du péritoine et du tissu cellulaire pelvien.

Les résultats obtenus par Kisch n'attirèrent guère l'attention du public médical qu'en Allemagne. En 1880, Martin (2), Kurtz (3); en 1881, Löwy (4); en 1882, Rehfeldt (5), Weissemberg (6), Van den Boch (7), Bayer (8), Mann (9), Schucking (10); en 1883 Graefe et Martin (11) montrèrent les grands avantages du traitement iodoformé dans la métrite. Enfin en 1884, Ehrendorfer (12) publie les résultats de la clinique

(1) *Berl. Kl. Woch.*, 1879, 29 décembre, n° 52, p. 769. L'iodoforme en gynécologie.

(2) *Centralbl. f. Gyn.*, 1880. De l'iodoforme en gynécologie.

(3) *Allg. med. cent. Zeitung,* 1880, 28 février.

(4) *Wien. med. press.*, n° 43, 1881.

(5) *Berl. Klin. Woch*, n° 9, 1882.

(6) *Berl. Klin. Woch*, n° 11, p. 171, 13 mars 1882.

(7) *Bull. Ac. méd. de Bruxelles*, vol. XVI, n° 2, 1882

(8) *Centralb. f. Gyn.*, n° 10, 1882.

(9) *Centralb. f. Gyn.*, 1882, n° 7.

(10) *Centralb. f. Gyn.*, 1882, n° 13.

(11) *Berl. Klin. Woch.*, 1883, 18 décembre.

(12) *Arch. f. Gyn. Band* XXII, Heft 1, 1884.

obstétricale du Prof. Spath, de Vienne, où l'iodoforme est seul employé contre les phlegmasies utérines; on y fait usage de crayons ainsi formulés :

Iodoforme en poudre..............	20 gr.
Gomme arabique..................	2 gr. ââ
Glycérine........................	
Amidon..........................	

pour 3 crayons de 5 à 6 centimètres de longueur; chaque crayon renferme ainsi un peu plus de 6 grammes d'iodoforme; d'après les expériences de Kowalski on peut sans danger d'intoxication atteindre la dose de 6 grammes par jour. L'introduction dans l'utérus du crayon iodoformé se fait à l'aide d'une pince à polype dirigée par deux doigts de la main gauche portés dans le vagin.

Ehrendorfer cite des résultats remarquables.

En Amérique, l'iodoforme fut employé en 1882 par Foster (1), en 1883 par Cutter (2).

En France le parti que l'on pouvait tirer de l'iodoforme ne fut démontré que par Rohmer (3) dans une revue critique sur l'iodoforme, parue dans la *Revue de chirurgie*, en 1882.

Amblard dans sa thèse inaugurale (4) cite 63 observations relevées dans les services de l'hôpital St-Louis, démontrant les heureux effets de l'iodoforme contre l'endométrite puerpérale.

Enfin Porak (5), en 1877, dans une communication sur les tentes aseptiques et leur emploi dans le traitement de l'endométrite, montre les avantages de l'iodoforme à ce point de vue. Le séjour de la laminaire dans une solution éthérée d'iodoforme, constitue un excellent procédé pour la rendre aseptique; elle n'a pas perdu la propriété de se dilater, et de

(1) *New York med. Journ.*, mai 1882.

(2) *Boston med. and. surg. Journ.*, 9 février 1883.

(3) *Revue chirurgie*, 1882.

(4) Thèse de Montpellier, 1884.

(5) *Société obst. et gyn. de Paris*, 14 avril 1887.

plus elle présente alors l'avantage d'être plus souple. Les résultats de cette dilatation à l'aide de tentes aseptiques ont été très satisfaisants, aucun accident sérieux n'a été observé. Dans un cas même une éponge iodoformée séjourna pendant six jours pleins dans la cavité utérine sans inconvénient. Nous avons à noter ici une double action mécanique et médicamenteuse.

Encouragés par les succès des auteurs précédents, nous avons désiré vérifier les avantages de l'iodoforme dans le traitement d'une affection qui, comme la métrite, décourage souvent le médecin par sa résistanee aux autres médications. Dans le pansement de la muqueuse utérine nous avons employé l'iodoforme de deux manières, en crayons et en injections.

Les crayons sont préparés en incorporant le topique à un mélange de gomme arabique, de gomme adragante, de beurre de cacao ou de gélatine; pour le beurre de cacao, la proportion sera de 1 pour 7 d'iodoforme; pour la gélatine 2 pour 8; avec le beurre de cacao, les bâtons sont raides et cassants; avec la gélatine ils sont élastiques et mous. Pour les introduire dans la cavité utérine, le mieux est de suivre le procédé d'Ehrendorfer que nous avons indiqué plus haut.

L'injection se fera en préparant l'iodoforme soit en émulsion, soit en suspension : on peut employer diverses formules.

1° Émulsion dans l'huile au tiers.

2° Émulsion dans la glycérine :

Iodoforme	50 gr.
Glycérine	40 gr.
Eau	10 gr.
Gomme adragante	0,30.

3° Émulsion dans la gomme.

Iodoforme	2 gr.
Gomme adragante	6 gr.
Eau	10 gr.

Une seringue de Pravaz et une sonde élastique n° 9 à 10 de la filière Charrière suffisent comme instruments ; on pourrait encore se servir de l'instillateur de Guyon ou des autres instruments plus complexes employés pour les injections intra-utérines (1) ; nous croyons pourtant que les plus simples sont les meilleurs ; inutile d'ajouter qu'on doit désinfecter avec soin tous ces instruments soit par l'eau bouillante, soit par le sublimé en solution.

La quantité de liquide injectée, ne doit pas dépasser 4 c. c.

Dans quel cas avons-nous employé l'iodoforme ? Nous n'envisagerons pas ici la question de savoir si nous avons eu affaire à des métrites parenchymateuses ou muqueuses ; il en est, en effet, de la métrite comme des néphrites et des cirrhoses ; les classifications systématiques ne doivent être acceptées qu'avec réserve. De Sinéty (2), en 1878, n'a-t-il pas démontré qu'il n'existait pas de barrière complète entre les deux ordres de lésions, et qu'à côté d'altérations parenchymateuses, existaient presque toujours des altérations muqueuses et vice versâ.

En modifiant la muqueuse, la médication iodoformée agit sur le tissu utérin lui-même. Donc c'est l'étude anatomo-pathologique de la muqueuse qui doit diriger l'application thérapeutique de l'iodoforme.

Quel était l'état de cette muqueuse dans les cas où nous sommes intervenus en faisant usage de ce topique ? En adoptant la description que de Sinéty a donnée de la structure des végétations de la cavité utérine dans la métrite chronique, nous pouvons par l'étude clinique remonter à la connaissance de la lésion.

De Sinéty (3) reconnaît trois groupes de végétations :

1° Les unes sont constituées par l'hypertrophie des glandes qui deviennent beaucoup plus nombreuses, et se dilatent

(1) GALLARD. *Ann. de Gynéc.*, 1876.

(2) *Ann. de gynéc.*, t. X, 1878.

(3) *Ann. de gynéc.*, t. X, p. 129.

tout en conservant leur épithélium : l'écoulement est alors muqueux et fort abondant.

2° D'autres sont uniquement constituées par du tissu embryonnaire : c'est ici un vrai tissu inflammatoire comparable aux bourgeons charnus d'une plaie exposée : l'écoulement est purulent.

3° Enfin certaines de ces fongosités sont presque entièrement composées de vaisseaux dont quelques-uns, quoique de structure embryonnaire, sont extrêmement dilatés et atteignent un diamètre invraisemblable. L'écoulement dans cette forme sera bien fréquemment hémorrhagique.

Enfin dans un même utérus, on peut rencontrer l'association de ces diverses altérations.

En étudiant nos observations et en rapprochant la nature de l'écoulement des autres signes fournis par l'examen physique, nous pouvons conclure que dans les observations III, IV, V, la muqueuse devait être transformée en un véritable tissu embryonnaire fournissant un abondant écoulement purulent. Les observations I et II offrent des cas mixtes où à côté de certaines zones revenues à l'état embryonnaire, on aurait pu relever des fongosités très vasculaires et des glandes hypertrophiées et dilatées ainsi que le prouvait l'écoulement muco-purulent et parfois hémorrhagique.

A côté de ces lésions de la muqueuse, le tissu utérin lui-même participait à la phlegmasie ainsi que le démontraient les signes objectifs, et devait offrir les altérations bien connues de la métrite parenchymateuse.

C'étaient donc les lésions de la muqueuse qu'il s'agissait de modifier. En employant l'iodoforme comme nous l'avons fait, c'est-à-dire en le portant d'emblée dans la cavité utérine (chose facile, l'orifice supérieur du col étant distendu par l'effet de la métrite), nous avions toutes chances de réussir. Cette manière d'opérer nous offrait deux avantages :

a. En pénétrant plus avant, nous risquions moins de rester en deçà de la limite du mal, nous souvenant que, si d'une

part, la cavité cervicale est ordinairement la plus malade, la muqueuse utérine est aussi fréquemment atteinte.

b. L'action topique s'exerce aussi pendant un temps beaucoup plus long, puisque les sécrétions utérines ramènent par le canal cervical l'iodoforme introduit dans la cavité de la matrice; d'où une action bien plus prolongée que si on se contentait d'agir uniquement sur la paroi cervicale.

Cette façon d'agir, déjà employée du reste par Ehrendorfer, assure à notre procédé un avantage incontestable sur tous ceux, cautérisations ou applications de topiques, qui n'intéressent que la cavité du col.

A côté de ces avantages n'y a-t-il pas un inconvénient sérieux dans la toxicité du médicament? Cette question du danger de l'iodoforme dans le pansement des surfaces enflammées a été traitée d'une manière complète par Rohmer, Berger, Rummio; nous renvoyons à ces auteurs ceux que l'iodoforme effraie. Depuis l'introduction de cet antiseptique en gynécologie une seule note discordante est à signaler au milieu des éloges qu'on a dû lui donner, c'est le cas de Polonski (1) :

« Les accidents sont survenus à la suite de l'introduction dans l'utérus de crayons iodoformés. On avait au préalable abrasé en totalité la muqueuse utérine pour combattre une endométrite chronique. Les symptômes de l'intoxication apparurent trois heures après l'application : Nausées, vomissements, irrégularité du pouls qui était petit et misérable, respiration convulsive, céphalalgie, tintements d'oreille, photophobie, excitation générale; on constata la présence de l'iodoforme dans les urines.

Le deuxième jour, désordres psychiques, délire continu, pouls à 120, convulsions cloniques de la nuque, de la face, des doigts, des orteils; refroidissement des extrémités, mydriase, prurit cutané, ischurie, ictère.

Le 4e jour, atténuation de tous les symptômes, diminution

(1) *Soc. obst. et gyn. de Berlin*, 1886, 12 novembre.

de l'iodoforme dans les urines, retour progressif à la santé. »

L'intérêt de ce fait réside dans la quantité d'iodoforme introduite dans l'utérus, soit 0.75 centigr. ; circonstance qui porte avec raison l'auteur de la communication à admettre chez le sujet en question une idiosyncrasie toute spéciale à l'action de l'iodoforme (1).

Notons, d'autre part, que l'application du médicament avait été précédée ici de l'abrasion de la muqueuse, c'est-à-dire de la formation d'une vaste surface éminemment absorbante.

Nous allons exposer brièvement les plus probantes de nos observations ; nous aurions pu les multiplier en signalant des cas de métrites anodines parfaitement guéries par ce procédé ; mais nous préférons ne pas mentionner des observations qui offriraient moins d'intérêt que celles que nous donnons ci-dessous, bien plus convaincantes à notre avis par la gravité et l'étendue des lésions.

Observation I. — Jeanne Beau, 25 ans, à la suite d'une promenade à cheval faite pendant la période menstruelle, éprouva une violente douleur lombaire ; les règles s'arrêtèrent, et le médecin qu'elle consulta à Alger, lieu de résidence de cette jeune femme, conclut à la présence d'un hématocèle. La malade, pendant plusieurs mois, éprouva des douleurs dans l'abdomen, des alternatives de métrorrhagies et d'aménorrhée ; fatiguée en outre par une pesanteur considérable du côté du bas-ventre, des douleurs lombaires ; un peu de leucorrhée. Les souffrances utérines furent pendant une longue période si violentes, que le décubitus horizontal était nécessaire pendant la plus grande partie de la journée.

Venue en France, elle s'adressa à plusieurs confrères et enfin le 5 mars vint à notre cabinet.

La malade se plaint de souffrances intolérables qui ont forte-

(1) Un de nous a eu à constater à l'hôpital de la Charité un cas grave d'intoxication par l'iodoforme à la suite du pansement d'une plaie osseuse (résection du tibia) avec une faible quantité d'iodoforme, 1 gramme. L'idiosyncrasie n'est-elle pas encore ici manifeste ?

ment agi sur son système nerveux, et rendu irascible son caractère ordinairement doux. L'état général est peu modifié, nous notons seulement des alternatives de diarrhée et de constipation. Du côté de la vessie, des envies fréquentes d'uriner. La palpation de l'abdomen est douloureuse surtout dans la fosse iliaque gauche ; la moindre pression ne peut être tolérée. Par le toucher vaginal, le doigt arrive sur le col porté en haut, à droite et en avant, volumineux, entr'ouvert et laissant pénétrer la pulpe de l'index. Il livre passage à un écoulement muco-purulent très abondant.

Le toucher rectal permet de sentir l'utérus légèrement augmenté de volume et douloureux au toucher ainsi que le col ; en outre cet examen laisse constater le déplacement à gauche. Examen au spéculum : Il est difficile d'arriver sur le col qui présente son orifice béant et rempli de liquide muco-purulent très adhérent et difficile à enlever ; la partie de la surface utérine que l'on peut apercevoir est rougeâtre et un peu fongueuse, saignant au moindre contact.

Le cathétérisme du col nous permet d'arriver facilement dans la cavité utérine, l'orifice interne étant dilaté. La cavité utérine est augmentée dans ses diamètres. Le diagnostic était donc celui de métrite chronique avec prédominance des lésions cervicales et légère rétroflexion.

Nous prescrivons d'abord un traitement général, du fer, de l'iodure de sodium, quelques purgatifs pour obtenir la liberté de l'intestin et localement des douches utérines chaudes prolongées pour décongestionner l'organe.

Le 20 mars, après avoir proposé à notre malade une intervention énergique (le curage) qu'elle n'accepta pas, nous obtînmes l'acceptation d'un traitement moins rapide, mais dont nous avions plusieurs fois constaté l'excellence.

Le 22, un crayon de nitrate d'argent est placé dans le col ; la malade condamnée au repos pendant 48 heures.

Le 26, nous plaçons dans la cavité cervicale et utérine une bougie contenant un gramme d'iodoforme et nous la faisons parvenir jusque sur la paroi supérieure de la matrice. Puis un tampon de gaze iodoformée est appliqué pour empêcher la sortie de la bougie.

Le lendemain pas de douleur ; la malade se trouve dans un état de bien-être inconnu depuis le début de la maladie ; nous per-

mettons dans la journée et le jour suivant un exercice modéré.

Examen le 1er avril. Col moins tuméfié ; les culs-de-sac plus souples, l'utérus moins gros ; le palper bimanuel ne provoque plus de douleur ; l'écoulement a changé de nature, il est franchement catarrhal, encore très adhérent, mais sans pus. Nouveau pansement.

Le 2, état satisfaisant.

Le 3, réapparition des règles qui avaient plus de trois semaines de retard ; le flux menstruel ordinairement très pénible s'établit cette fois sans souffrances et cesse au bout de 4 jours.

Alors se croyant guérie, et sans notre assentiment, notre malade part pour un voyage assez long et ne revient nous consulter que vers le 15 mai.

Après une assez longue période d'amélioration elle avait recommencé à souffrir. Son état était le suivant : utérus en position normale, col encore entr'ouvert, à bords friables quoique non granuleux ; légère douleur à la pression ; écoulement abondant simplement muqueux. Les pansements sont repris.

Le 17. Pansement iodoformé dans les mêmes conditions que précédemment ; l'amélioration est presque immédiate.

Le 21. Apparition des règles ; le flux menstruel dure 3 jours, et le 26 nous sommes arrêtés par l'orifice interne qui commence à se rétrécir. Il y avait donc une amélioration parfaitement manifeste ; au reste plus de douleurs ; des marches d'abord modérées puis assez longues étaient supportées.

Les pansements furent éloignés de plus en plus et le 1er juillet nous avions la satisfaction de constater une guérison complète. Actuellement une cure thermale termine notre œuvre et le mari de cette dame en nous envoyant des nouvelles de sa santé, nous annonce que des promenades à cheval sont parfaitement supportées.

Ce cas prend son intérêt dans la date déjà ancienne de la lésion, et l'état de la muqueuse fortement malade ; la guérison a été aussi parfaite que possible, malgré une interruption intempestive du traitement ; la durée totale, abstraction faite du temps où les pansements ont été suspendus, a été relativement courte.

Observation II. — Lombard, 25 ans, ménagère, a eu un premier accouchement il y a quatre ans, puis un avortement en 1886. En 1887 (décembre), elle accouche et ne tenant aucun compte des pré-

cautions les plus élémentaires, elle se lève le 3e jour pour se livrer aux soins du ménage et vaquer à ses occupations. Le 24 décembre nous sommes appelés auprès d'elle pour une hémorrhagie assez forte qui dure depuis 4 ou 5 jours déjà, et a réduit notre malade à un état d'anémie grave ; il y a de la fièvre, de la sécheresse de la langue ; bref, l'état local et général montre une endométrite, suite de couches. Les accidents immédiats sont traités par le repos, la glace, les injections vaginales et l'ergotine.

Amélioration les jours suivants, mais continuation de la perte qui ne cède qu'à l'emploi de la digitale associée au perchlorure de fer. Au commencement de février ces accidents ont complètement cessé, mais il subsiste une métrite cervicale intense ; l'utérus est encore volumineux, le col ouvert et béant ; autour de l'orifice quelques granulations ; en outre un écoulement abondant muco-purulent.

Après avoir habitué notre malade à l'emploi des douches utérines et des lavages antiseptiques, nous commençons le 15 février un traitement local très énergique : après lavage antiseptique du vagin, introduction dans le col d'une sonde molle calibre 12, et instillation dans la cavité utérine et cervicale d'une émulsion de 15 gr. d'iodoforme dans une solution de gomme. L'injection est pratiquée de la manière suivante : la seringue à instillation de Guyon étant chargée, on l'adapte à la sonde, on instille goutte à goutte en retirant à mesure la sonde de manière à enduire successivement tous les points de la paroi. Puis un tampon iodoformé est appliqué sur le col.

Le 16 et 17. État excellent.

Le 18. L'examen montre une modification notable ; la cavité du col est fortement diminuée, la surface moins tomenteuse ; l'écoulement réduit de moitié.

Le 19. Même pansement. Amélioration progressive les jours suivants.

Le 23. La sonde franchit difficilement l'orifice interne pour la dernière fois.

La menstruation revient pour la première fois aux premiers jours de mars, la malade est laissée au repos absolu. Un examen pratiqué le 15 montre l'utérus revenu au volume normal, le col légèrement allongé, mais de consistance régulière, et un écoulement négligeable.

Les deux derniers pansements faits fin mars et commencement avril sont pratiqués avec 2 petits crayons d'iodoforme.

Actuellement, la malade, qui est revenue plusieurs fois nous voir, se trouve en parfait état, la guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour; on peut donc la juger définitive.

Ce cas est intéressant par la rapidité de la guérison malgré un état pathologique sérieux, et l'étendue considérable du mal ; il est vrai que c'était un cas subaigu non encore devenu chronique, partant plus facile à combattre. Toutefois le résultat nous a paru remarquable.

Observation III. — G..., Louise, 27 ans, atteinte de tuberculose pulmonaire parfaitement marquée, avec des signes stéthoscopiques très nets, a des douleurs internes fort vives, de la pesanteur dans la région sus-pubienne, des tiraillements du côté des reins, une sensibilité extrême à la palpation dans la fosse iliaque droite.

Cette femme nous consulte en mai 1887; nous passerons sous silence l'état de sa poitrine pour en venir à ce qui nous intéresse directement, l'altération de l'utérus. Là nous trouvons un organe volumineux à la palpation bimanuelle, déjeté à droite, le col à gauche et en arrière, avec une fente due à l'accouchement et légèrement entr'ouvert, laissant pénétrer la pulpe de l'index. Par lui s'écoule un liquide purulent très abondant, cause d'un affaiblissement considérable, de troubles génitaux et gastriques, et contenant des bacilles de Koch en grand nombre.

Sans revenir sur le traitement général s'adressant à la diathèse, nous exposerons brièvement le traitement local. Ici l'état général s'oppose à une intervention aussi hardie que le curage, qui du reste serait insuffisant, la muqueuse du corps était intéressée et son abrasion nécessairement incomplète pouvant laisser des points tout disposés à la récidive; en outre la nature tuberculeuse et du sujet et de l'écoulement indique l'application du médicament si efficace contre les fongosités tuberculeuses: l'iodoforme.

Nous employons une émulsion dans la gomme de la même manière que dans l'observation précédente; la première injection est faite le 20 mai.

Repos absolu pendant trois jours.

Le 24, nous examinons l'état local; l'écoulement a un peu diminué, mais l'examen bacillaire est encore affirmatif; le col est encore béant.

Le 25. Nouvelle injection. Deux jours après, l'utérus est diminué de volume; la cavité du col est revenue sur elle-même et arrête légèrement la sonde.

Dans le courant du mois de juin, amélioration progressive ; à la fin de ce mois l'examen bacillaire devient négatif.

Nous avions donc une amélioration extrêmement satisfaisante, et nous espérions une guérison locale complète, quand les accidents pulmonaires ont emporté notre malade. Il est fâcheux que les parents de cette femme se soient opposés à l'autopsie et aient empêché ainsi d'avoir la sanction anatomique. Quoi qu'il en soit, l'amendement produit dans l'état et dans les symptômes nous permettent de constater qu'ici l'iodoforme s'est aussi bien comporté qu'il le fait ordinairement dans les tuberculoses locales.

Observation IV. — Marguerite P..., 32 ans, employée dans un magasin de confections, souffre depuis longtemps des reins avec irradiation dans les fosses iliaques : l'état général est bon sauf des insomnies, de la constipation. Localement, il y a des pertes abondantes, de la douleur à la palpation abdominale et par le toucher vaginal.

Comme antécédents, un avortement en 1886 ayant laissé comme suite des douleurs intolérables au moment des règles et le syndrome utérin déjà signalé. Tout rapprochement sexuel est en outre douloureux.

Au toucher, col gros, utérus augmenté de volume ; orifice externe entr'ouvert, avec une déchirure à gauche; la surface interne friable, saignant au moindre contact. Les culs-de-sac sont libres, l'orifice interne est entr'ouvert. L'examen au spéculum confirme ces symptômes et permet d'observer un abondant écoulement mucopurulent, extrêmement adhérent qui s'écoule par le col.

La malade a subi un premier traitement à l'hôpital de la Conception ; un repos prolongé, des cautérisations avaient amené une amélioration ; mais au bout de deux mois après la reprise de son métier, fatigant par suite de la station verticale constante, elle fut reprise de douleurs violentes et vint nous consulter en septembre 1888.

Un traitement général fut institué : préparations ferrugineuses et quinquina à l'intérieur : iodure de sodium ; localement des douches chaudes prolongées. Au 1er octobre, les souffrances ont un peu diminué, mais l'état local reste le même.

Cautérisation de la cavité cervicale par un crayon de nitrate d'argent, repos absolu pendant trois jours.

Le 4. La muqueuse cervicale a un aspect plus rosé, moins fongueux ; on introduit une bougie iodoformée, exactement maintenue par un tampon de gaze iodoformée.

Le 8. Amélioration, pas de douleur, même pansement.

Les règles qui n'étaient attendues que le 20, apparaissent le 10 et sont normales.

Le 20. Nouveau pansement, la bougie ne peut pénétrer dans la cavité utérine.

Dès le 1er novembre, l'écoulement est, sinon complètement tari, du moins réduit à un peu de mucosité absolument transparente et non purulente.

En décembre on peut suspendre tout pansement.

Depuis ce temps nous avons eu occasion de revoir notre malade, et nous avons pu constater que la guérison s'est maintenue.

C'était ici un de ces cas chroniques, souvent si rebelles, qui font le désespoir de la malade et du médecin que nous avions à traiter, et le résultat a été remarquable.

Observation V. — Marie J..., âgée de 36 ans, couturière a eu deux avortements ; le premier en 1884 au bout de deux ans de mariage, le second en 1886 ; ces avortements eurent lieu, le premier au 4e mois, le second au 6e ; ce dernier fut accompagné de signes de péritonite, frissons, fièvre, douleurs abdominales, vomissements, qui mirent ses jours en dangers ; rétablie péniblement, elle a depuis cette époqne un écoulement franchement purulent, très abondant ; elle éprouve de sourdes douleurs dans l'hypogastre et dans le périnée quand elle travaille tant soit peu à la machine à coudre ; ses règles se succèdent tous les 18 jours et durent une huitaine avec pertes sanguines très abondantes.

L'examen physique nous permet de constater ce qui suit :

Les culs-de-sac sont libres, l'utérus sans adhérences ; aucune douleur, aucun empâtement au toucher dans les tissus péri-utérins, la chaleur du col n'est pas anormale, mais il est volumineux, de consistance ferme, à surface lisse ; l'orifice externe est dilaté, au point de permettre l'introduction de la pulpe de l'index. A l'examen spéculaire, légère exulcération de la muqueuse cervicale ; coloration rougeâtre, quelques granulations ; le pus sort en flocons de l'orifice externe.

Le toucher rectal nous confirme dans les fortes dimensions du corps utérin qui est en légère rétroflexion avec la latéroflexion du côté droit.

Cet état pathologique de l'utérus a altéré la santé de notre malade ; elle est pâle, décolorée, facilement essoufflée, avec des palpitations à la moindre marche trop précipitée : parfois des crises gastralgiques sans relation avec l'alimentation ; céphalalgie et insomnie : nous n'avons aucun signe cardio-vasculaire de chlorose, aucun phénomène nerveux de l'hystérie.

La malade s'était déjà fait traiter pour son écoulement utérin : on avait essayé sur elle, sans succès du reste, les injections intra-vaginales de tannin, les applications cervicales de teinture d'iode et d'acide chromique.

Elle vint nous consulter le 10 mai 1888, nous avouant du reste qu'elle ne pouvait s'astreindre à un traitement qui la forcerait à garder le lit ne fut-ce que 48 heures. Nous pensons alors à l'innocuité et à la rapidité d'action du traitement iodoformé. Après avoir détergé avec soin la muqueuse cervicale, nous avons recours à l'injection intra-utérine de l'émulsion iodoformée à la glycérine dont la formule a été donnée ci-dessus ; l'injection est faite avec l'instillateur de Guyon et répétée plusieurs fois ; un tampon imbibé d'un mélange iodoformé et phéniqué est appliqué sur le col.

Cette médication est employée tous les trois jours ; l'état général traité par le fer et l'hydrothérapie. Le 26 mai ; l'écoulement n'est plus purulent, mais séreux ; les tiraillements hypogastriques dont se plaignait la malade ont disparu ; les phénomènes réflexes portant sur les divers viscères, gastralgie, palpitations, etc., se sont amendés.

L'iodoforme est continué jusqu'au 14 juin ; à cette date, l'état local est des plus satisfaisant ; l'utérus a diminué de volume ; l'écoulement purulent n'existe plus, il est remplacé par une légère perte séreuse ; l'état général se ressent de cette amélioration, la malade se sent plus forte, elle a repris des couleurs et n'accuse plus ces malaises cardiaques et stomacaux dont elle se plaignait avant le traitement.

Nous l'avons revue ces temps derniers ; la guérison ne s'était pas démentie.

CONCLUSIONS

Les exemples que nous venons de donner, et que nous aurions pu multiplier encore ne représentent qu'un sixième des cas, où ce traitement nous a donné de bons résultats ; la valeur de la méthode employée nous paraît donc démontrée. Mais ce n'est pas à dire pour cela que nous soyons opposés au curage ; celui-ci nous a réussi trop souvent pour que nous ne lui conservions par le rang qu'il mérite. Nous voudrions seulement faire à l'emploi de l'iodoforme une place à côté du curage dans la thérapeutique utérine. La curette a une action certainement plus rapide que l'iodoforme.

Nous croyons cependant que, tout compte fait, les résultats obtenus permettent d'établir un parallèle sans infériorité pour l'iodoforme. Celui-ci a en effet des avantages sur le curage.

a. Il est plus facilement accepté par les malades. Le curage constitue une opération chirurgicale ; le mot seul effraie beaucoup de patientes qui consentent cependant à se laisser faire des pansements quelque compliqués qu'ils soient (obs IV).

b. En outre, malgré l'innocuité relative du curage fait aseptiquement, il est toujours plus dangereux qu'un simple cathétérisme utérin, car au point de vue des dangers à courir nous avons vu ce que nous devons penser d'une intoxication.

c. Il est des cas (obs III) où le curage ne pourrait atteindre toutes les parties malades ; n'a-t-on pas plus de chances d'arriver à ce but par une injection dont le liquide se répandra sur toute la muqueuse ? N'y a-t-il pas là une comparaison possible avec le mal de Pott, où l'on va rarement à la recherche de la vertèbre tuberculeuse (procédé de Lister. Communication de Pozzi) tandis que des injections d'éther iodoformé (procédé de Verneuil) amènent souvent des guérisons inespérées ?

Ces trois considérations suffisent à notre avis à justifier la proposition que nous avons énoncée.

Quant à la supériorité de l'iodoforme sur les autres topiques elle nous paraît largement établie par la différence de nos résultats et de ceux obtenus par les chirurgiens qui ont employé d'autres substances médicamenteuses. Au reste en raisonnant par analogie l'iodoforme a trop d'action sur les productions tuberculeuses des autres organes pour qu'il ne soit pas tout puissant sur les fongosités utérines.

G. Roux et U. Schnell.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 11 *mars* 1889.

Jouin. — **De l'endométrite tuberculeuse chronique.** L'endométrite tuberculeuse est plus fréquente qu'on ne le suppose, en général. Cela, l'observation clinique le démontre. D'autre part, la nature même de l'épithélium de la muqueuse utérine, épithélium cylindrique, glandulaire, muqueuse molle, spongieuse, terrain propice au développement d'un parasite essentiellement anaérobie, ces conditions expliquent pourquoi la tuberculose de l'*endométrium* doit être plus commune que celle des autres muqueuses de l'appareil génito-urinaire (vessie, urèthre, vagin). L'auteur en a observé neuf cas, qu'il répartit de la manière suivante :

1er *groupe*. — 2 cas, où l'endométrite tuberculeuse est survenue à la suite de rapprochements sexuels avec un homme atteint de tuberculose génitale.

2e *groupe*. — 2 cas, les maris étaient tuberculeux, mais ne présentaient pas de symptômes *apparents* de tuberculose génitale.

3e *groupe*. — 3 cas, pas de cause appréciable de l'endométrite tuberculeuse, mais, par contre, on observa le développement d'une tuberculose génitale chez deux maris et d'une tuberculose pulmonaire, sans lésions génitales, *apparentes*, chez le troisième.

4e *groupe*. — 2 cas, pas de cause pathogénique appréciable. Quant à la nature tuberculeuse de l'affection, elle fut confirmée dans un cas par les résultats de l'examen microbien, et admise dans l'autre

en considération de l'apparition ultérieure d'accidents pulmonaires, de nature nettement tuberculeuse.

L'auteur fait ensuite l'histoire clinique de l'affection, dont il étudie seulement la forme primitive : étiologie, symptômes, anatomie pathologique, diagnostic, pronostic, traitement. Parmi les causes, toutes les circonstances déprimantes (misère physiologique, chagrin), mais surtout la *cohabitation avec les sujets atteints de tuberculose génitale*. Les faits cliniques, les résultats positifs fournis par la méthode des inoculations, témoignent que l'endométrite tuberculeuse est, le plus souvent, sinon toujours, le résultat d'une infection locale.

Peu de chose au sujet de l'*anatomie pathologique*. L'auteur n'a pas eu occasion de faire des examens nécropsiques. Mais, l'examen microscopique a permis de déceler, dans les fongosités utérines, le bacille de Koch, et la méthode des inoculations a fourni des résultats positifs. En ce qui concerne les *symptômes* locaux rien de caractéristique, rien qui distingue nettement l'endométrite tuberculeuse des autres endométrites. Seulement, les phénomènes généraux sont en général plus accusés ; ainsi, il y a de l'amaigrissement, de la fièvre, des sueurs nocturnes, etc. Le *diagnostic* doit être surtout basé sur l'analyse étiologique et microbiologique des fongosités de l'endométrium. De plus, on tiendra compte des circonstances dans lesquelles elle est apparue, ce n'est ni à la suite d'un accouchement, ni d'une blennorrhagie. En général, il s'agit d'une femme fatiguée, dont les poumons présentent parfois des lésions tuberculeuses. Quant au traitement, il doit être *général* et *local*. Pour le premier, on a recours à la créosote, excellent médicament contre les manifestations tuberculeuses génitales, de l'avis de tous les spécialistes ; on prescrit la vie au grand air, la suralimentation, les toniques, et, autant dans l'intérêt du mari, l'abstention de tout rapport jusqu'à la guérison.

Pour le traitement local, M. Jouin conseille : la dilatation deux ou trois fois répétée de la cavité utérine, avec une tige de laminaire préparée antiseptiquement ; puis, à quelques jours d'intervalle, l'application successive d'une quinzaine de bâtonnets d'iodoforme,

Grâce à ce traitement, et à *condition d'un diagnostic précoce*, l'affection est bénigne.

Discussion : Pajot, Jouin. Elle vise surtout le diagnostic. Le seul caractère pathognomonique est tiré de l'examen bactériologi-

que, constatation du bacille de Koch. Toutefois, il peut être facilité par la considération de certains symptômes rarement associés à une endométrite commune, affaiblissement marqué de la santé générale, toux, sueurs nocturnes, etc.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE BERLIN

Séance du 23 *novembre* 1889.

Présentations : KELLER. a) **Utérus enlevé sur une femme de 75 ans.** — Depuis 25 ans, cessation des règles. Il y a 7 mois, en février, elle fut prise d'un écoulement vaginal blanc, qui, dès le mois de mars, se compliqua d'hémorrhagies. Le 31 août, un curettage, explorateur, ramema des masses friables qui, aprés examen microscopique, firent porter le diagnostic d'*adéno-carcinome.* Le 6 septembre, *hystérectomie totale par le vagin ;* opération qui fut laborieuse par suite de l'étroitesse du conduit vaginal, et qui nécessita des incisions libératrices sur l'orifice vulvaire.

Examen de la pièce. — La cavité utérine est assez grande. La paroi antérieure de l'organe donne insertion à une tumeur, de consistance molle, qui, en haut, s'étend sur la moitié du fond de l'utérus, et en bas, arrive au voisinage de l'orifice externe. Les contours de la tumeur tranchent nettement sur le tissu sain, en sorte que la ligne de démarcation est reconnaissable même à l'œil nu. Histologiquement, le néoplasme est essentiellement composé d'éléments kystiques, dont la cavité est tapissée par un épithélium cylindrique, dont les éléments sont disposés en forme de palissades, et qui possèdent un noyau, petit, ayant l'aspect d'un bâtonnet. Ces kystes, de formes et de dimensions très variables, sont séparées par une trame connective, très réduite, si raréfiée en certains points que les éléments cylindriques paraissent se juxtaposer par leur base. Toutefois, un grossissement suffisant, permet de constater que, même en ces points, il existe des éléments connectifs, représentés surtout par des fibres et des cellules fusiformes. Quant au reste de l'organe, il présente les caractères d'atrophie qui accompagnent la sénilité.

b) **Œuf abortif gémellaire,** qui paraît correspondre à la 1re moitié du 2e mois de la grossesse, expulsion spontanée. Les 2 œufs adhèrent à un morceau de caduque ayant environ les dimensions

de la paume de la main, chacun d'eux était coiffé d'une caduque réflexe. L'un a le volume d'un œuf de poule, l'autre celui d'un œuf de pigeon. Les 2 embryons sont macérés, mais le plus volumineux moins que l'autre. Ici donc, rien ne milite en faveur de la superfétation. Car, si l'un des œufs est plus volumineux, c'est que l'embryon a survécu à l'autre. D'ailleurs, les 2 embryons présenteraient-ils le même degré de fraîcheur, il n'y aurait même pas là, contrairement à l'opinion avancée à l'occasion de la pièce analogue présentée par Gotshalk (1) dans la précédente séance, preuve en faveur de la superfétation. N'est-il pas en effet de notion courante que deux embryons, *appartenant à un même œuf*, se développent souvent d'une façon très inégale?

Keller. — **Coupes pratiquées sur deux cadavres congelés**, provenant l'un d'une femme enceinte, l'autre d'une parturiente. 1) La 1re pièce provient du corps d'une secondipare, arrivée au 9e mois de sa grossesse. Après avoir offert tous les prodromes de l'éclampsie, et avoir eu des accès convulsifs, elle mourut au milieu des symptômes d'asystolie cardiaque et d'œdème considérable des poumons, Au niveau du bassin, la section passe un peu à gauche de la ligne médiane. A la hauteur des dernières vertèbres dorsales, elle tombe en plein milieu de la colonne vertébrale, suivant laquelle elle se continue un moment. Arrivée au sternum, elle s'infléchit un peu à droite de la ligne médiane. A la coupe, la cavité utérine donna issue à une faible quantité de liquide amniotique. L'enfant est en 2e position du sommet. Le placenta s'insère sur la portion postérieure du fond de l'utérus et sur les parties avoisinantes. L'utérus occupe tout l'espace compris entre la colonne vertébrale et la paroi antérieure de l'abdomen. Il suit la courbure lombaire, et en conséquence présente, sur sa face postérieure, une inflexion parallèle. Le fond de l'utérus est à 12 cent. de l'ombilic, ce qui correspond environ aux 2/3 de la distance qui sépare l'ombilic de l'appendice xiphoïde. L'horizontale menée par l'orifice interne passe à 0,8 cent. au-dessus du bord supérieur de la symphyse. La musculeuse utérine constitue, au niveau de l'ombilic, un épaississement circulaire, qui a bien 2-3 fois l'épaisseur du reste de la paroi utérine. Dans le voisinage du segment inférieur, la paroi musculaire antérieure s'amincit jusqu'à l'orifice interne, au contraire la postérieure

(1) Vid. in *Ann. de gyn. et d'obst.*, avril 1889, p, 299.

s'épaissit. Les membranes ovulaires adhèrent partout solidement. En regard de l'épaississement circulaire de la paroi musculaire de l'utérus, existe un épaississement de la caduque. *L'orifice interne est encore complètement fermé.* Le bord antérieur est représenté par un faible liséré, tandis que le bord postérieur, forme un relief très saillant qui, en avant, est immédiatement en contact avec le bord antérieur. La direction du canal cervical, presque horizontale, incline pourtant en arrière et en bas. Prolongé, il va rencontrer la dernière vertèbre sacrée. La cavité du col est fusiforme et remplie de mucus, qui s'écoule de l'orifice externe légèrement entr'ouvert. Les fibres musculaires, rayonnées, sont très distinctes sur la paroi du col et du vagin.

2) Cette 2e pièce provient d'une parturiente, tuée par l'éclampsie, durant la période d'expulsion, le travail s'étant déclaré au 5e mois de la grossesse. Le fœtus est en première position du siége, l'extrémité pelvienne était en train de traverser l'orifice externe, la tête fœtale est encore en contact immédiat avec le fond de l'utérus. On reconnaît très bien sur le col l'orifice interne et l'orifice externe. Le placenta, inséré sur la paroi postérieure, affleure par son bord inférieur à l'orifice interne. Sur la paroi utérine antérieure, se détache nettement le cercle de contraction. Jusqu'à son niveau, les membranes sont décollées sur cette paroi. La poche des eaux restée intacte, évase le vagin à la manière d'un entonnoir, et arrive presque à l'orifice vulvaire.

OLSHAUSEN. — **Considérations sur les articles** 1467 et 1572 **du projet du nouveau code civil.** Ces articles ont trait à la durée de la grossesse. (*Cent. f. Gynäk.*, 1889, n° 1.)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

Séances du 6 *février et du* 6 *mars* 1889.

Présentations : J. PHILLIPS. **Pièce pathologique, présentant un type morbide des membranes fœtales, de nature inconnue, et à un stade précoce de la grossesse.**

DORAN, au nom de W. Skene (Cardiff), montre un *a)* **anencéphale ;** à ce propos, il entre dans quelques considérations au sujet des caractères distinctifs des anencéphales, des acardiaques acéphales, et des peracéphales.

b) **Os plats et dents provenant d'un kyste dermoïde.**

GALABIN. — **Un cas d'opération de Porro.** Primipare, âgée de 28 ans, amenée à l'hôpital 48 heures environ après le début du travail, et 24 après la rupture de la poche des eaux. En ville, plusieurs tentatives d'extraction avec le forceps. Femme petite, tibias incurvés, bassin rachitique, diamètre antéro-postérieur, 39 millim. Par crainte que le tissu utérin n'eût été déjà fortement contus par les tentatives d'extraction, on donna la préférence à l'opération de Porro sur la césarienne, suivant la méthode de Sänger. *Guérison de la mère et enfant vivant*, qui s'est très bien développé.

S'il a opté pour l'opération de Porro, dit l'auteur, c'est en raison de la longueur du travail, et parce que la femme avait déjà subi plusieurs traumatismes. Mais, il ne croit pas qu'on puisse encore donner au praticien ordinaire l'opération de Porro ou la césarienne de Sänger comme étant des opérations qui doivent se substituer à la craniotomie, *quand le diamètre conjugué dépasse* 6 *cent.* 1/2, *à moins qu'il n'y ait, conjointement, rétrécissement transversal marqué.* Quand le rétrécissement est plus étroit, il considère que l'opération de Porro doit être plus recommandée au praticien ordinaire que l'opération de Sänger.

Discussion : M. DUNCAN. — L'opération de Porro et l'opération de Sänger sont encore d'un pronostic plus grave pour la mère que la craniotomie. Celle-ci tient donc encore sa place. Sans doute, grâce aux efforts de Sänger et de Léopold, la gravité de l'opération césarienne va en diminuant, et il en sera de même pour l'opération de Porro. Alors, la craniotomie devra être complètement abandonnée. Mais, en aucune manière, il ne saurait souscrire au principe accepté par Léopold, que les désirs exprimés par la femme ou par les gens de son entourage, puissent influer sur le choix de l'opération. *Au chirurgien, seul, appartient de décider quelle opération doit être faite, et comment elle doit être faite.*

HERMAN, B. HICKS, A. LAWRENCE, GALABIN, ajoutent quelques remarques.

STEPHENSON. **Des relations qui existent entre la chlorose et la menstruation.** — La communication de l'auteur est basée sur l'examen de 232 cas, qu'il a classés en deux groupes. Dans le 1er, 123 cas de chlorose primitive survenue avant l'âge de 23 ans; dans le 2e, 49 cas correspondants à des altérations plus ou moins passagères de la santé à la suite de périodes menstruelles. D'après l'auteur, la diathèse chlorotique hâterait la date de l'apparition

des premières règles, loin de la retarder. Se basant aussi sur des statistiques, il s'inscrit en faux contre l'opinion répandue, suivant laquelle la chlorose serait cause de ménorrhagie. Quand il paraît en être autrement, ce qui est très rare, dans la proportion de 6 0/0 environ, c'est qu'il y a, simultanément, irritation ovarique. D'une manière générale, il y a irrégularité des règles, diminution dans leur quantité, et prolongation des intervalles intermenstruels.

Il est deux périodes de l'existence, éminemment favorables à l'apparition de la chlorose : *a*) de 14 à 21 ans ; *b*) de 24 à 31 ans.

Peut-être existe-t-il une 3e période, *c*) de 39 à 41 ans.

L'auteur ayant représenté par des courbes la marche de la chlorose et celle de la menstruation, conclut de la comparaison de ces courbes, qu'il ne peut confirmer l'opinion courante que « l'époque de l'éruption des premières règles a une importance étiologique, capitale, sur le développement de la chlorose », etc.

Discussion : J. PHILLIPS, L. NAPIER, CLAPHAM, A. DORAN, ROUTH, PLAYFAIR, G. HEWITT, MALUIS, HAYES, H. SMITH. La plupart des membres, contrairement à l'opinion émise par l'auteur de la communication, croient que la chlorose est source de ménorrhagie. Ils s'appliquent, d'une manière générale, à distinguer la chlorose de l'anémie, et à montrer l'avantage des préparations martiales dans la première de ces affections ; tandis que pour la seconde, ces mêmes préparations sont moins efficaces, et que l'arsenic réussit mieux. (*The Brit. med. Journ.*, février et mars 1889.

Dr R. LABUSQUIÈRE.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE NEW-YORK

Séance du 4 décembre 1888.

PRÉSIDENCE DE HANKS

H. J. BOLDT. **Contraction spasmodique des muscles abdominaux, simulant une tumeur.** — La malade, présentée par Boldt, a subi l'ablation des trompes et des ovaires.

Boldt a déjà vu deux faits semblables, mais la contracture était moins accusée.

L'opération a été motivée par des hémorrhagies qu'aucun remède n'avait pu arrêter.

Boldt présente encore une malade dont **l'utérus est fixé par des adhérences, méthode de Th. Brandt.** — Les adhérences sont très étendues à droite, moins larges à gauche. La malade va être traitée par le massage suivant la méthode de Thure Brandt, Boldt la présentera, après un mois de traitement.

J. G. Perry se loue du massage, qui lui a donné de bons résultats.

Nilsen emploie constamment la méthode de Brandt; et affirme qu'elle est peu douloureuse.

P. F. Mundé. **Adéno-myxo-sarcome du col.** — L'auteur cite Thiede, Rein, Spiegelberg, Winkel, O. Weber, Thomas et Pernice, qui ont cité des cas analogues.

La tumeur a récidivé; au bout de 3 mois elle a un volume égal à la moitié de celui qu'elle avait lors de l'opération. La malade refuse de se laisser opérer de nouveau.

Mundé. **Gros fibrome ovarique.** — Mundé commença par curer l'utérus, puis employa l'électricité, une électrode dans l'utérus, l'autre sur le ventre.

La tumeur pèse 773 gr. Elle était complètement indépendante de l'utérus.

La malade étant fiancée, Mundé ne voulut pas enlever l'autre ovaire, le gauche, quoiqu'il contînt un kyste.

Coe. Ces cas sont rares; on n'en connaît que 30 ou 40.

A. M. Jacobus. — A vu un kyste fibreux de l'ovaire, qu'il prit pour un kyste fibreux de l'utérus.

Hanks a vu un cas analogue et venant de la même province. (Nouvelle-Orléans).

Discussion : Malcolm, Mc Lean, Perry, Talbot.

J. R. Nilsen. **Cas unique de malformation.** — La malade souffrait pendant ses règles. Mariée, elle eut de la dyspareunie. Pendant l'accouchement, elle sentit une violente douleur « qui lui déchirait les côtes ». Les lochies ne durèrent que 3 ou 4 jours.

Dès lors elle ne put plus souffrir l'approche de son mari.

Nilson fit la laparotomie. L'utérus n'avait que le volume du pouce. L'ovaire droit, cirrhotique, était adhérent au côlon. L'ovaire gauche contenait des kystes, remplis d'un liquide rougeâtre.

Aucune des causes énumérées par Tait : traumatisme, blennorrhagie, septicémie puerpérale, fièvre exanthématique, rhumatisme aigu, n'ont pu agir dans ce cas.

La malade a eu les oreillons, et, d'après Niemeyer, il semble qu'il y ait quelque relation entre cette maladie et les ovaires, comme il en existe chez l'homme, entre elle et les testicules.

L'ovaire complètement isolé et mal placé comme il l'était dans ce cas, peut être le siège des maladies qui l'affectent, lorsqu'il occupe sa situation normale.

L'auteur entre dans des considérations intéressantes sur l'étiologie des maladies ovariques, trop longues pour une revue. Puis il raconte 4 cas de *superinvolution utérine.*

G. T. Harrisson a assisté une dame qui avait un utérus et un vagin doubles. Suivant qu'il touchait dans un des vagins, ou dans l'autre, il trouvait le col ouvert ou fermé. Le fœtus, en passant, déchira la cloison située entre les deux vagins.

Polk croit que l'ovarite reconnaît le plus souvent une origine septique. L'ovaire est soumis à un traumatisme répété à chaque époque menstruelle. Le rhumatisme ne peut guère produire une ovarite sans causer d'abord une salpingite.

Patridge rappelle un cas de grossesse dans un utérus unicorne. Le corps jaune était du côté opposé à la corne gravide.

Discussion : Coe, Hanks.

Coe. **Syncope après une opération.** — Sa malade était hémophile. Coe fit le curage et l'anaplastie cervicale. Rapportée dans son lit, elle tomba dans le collapsus, et on eut grand'peine à la ranimer.

Cleveland. **Hémorrhagie secondaire après la laparotomie. Mort.** — L'auteur a fait la ligature de l'épiploon qui saignait, avec de la soie fine tressée, qui coupa le pédicule, et causa l'hémorrhagie.

A. P. Dudley. **Ménorrhagie, oophorectomie.** — La malade avait été opérée pour une grossesse extra-utérine; et on laissa le second ovaire. Les hémorrhagies se répétant, Dudley se décida à l'enlever. Il y avait de nombreuses adhérences, tout le long de la cicatrice laissée par l'opération précédente.

D. F. Chambers. **Fistule abdomino-intestinale après une laparotomie.** — La malade porte sur le conseil de Chambers, un tube de verre, et un bandage par-dessus. Il s'écoule des matières fécales par le tube.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE WASHINGTON

Séance du 2 novembre 1888.

PRÉSIDENCE DE J. TABER JOHNSON

S. S. ADAMS. **Hernie de l'utérus gravide.** — Le travail d'Adams est une vraie monographie sur ce sujet, et mérite d'être lu en entier. Il renferme l'histoire de 21 cas, empruntés à divers auteurs.

1° *Hystérocèle inguinale.*

CAS I. — Opération césarienne, mort de la mère.

CAS II. — Hystérotomie. Mère et enfant sains.

CAS III. — Hystérotomie ; enfant vivant. Mère morte de faiblesse.

CAS IV. — Hystérotomie, l'enfant vécut une heure, la mère se rétablit.

CAS V. — Hystérotomie. Mère morte le même jour.

CAS VI. — Hernie inguinale gauche. La grossesse précédente s'était terminée dans le 3e mois. Il est probable qu'alors l'utérus était déjà hernié. Scanzoni injecta de l'eau chaude dans l'utérus. Mundé répéta cette injection deux heures plus tard. Au bout de 24 heures, l'œuf fut expulsé. La malade quitta la Clinique le 11e jour.

CAS VII. — Expulsion spontanée de l'enfant. 3 semaines plus tard, l'utérus gauche (sans doute la partie gauche de l'utérus) et l'ovaire étaient encore dans le sac herniaire, situé dans l'aine.

2° *Hystérocèle crurale.*

CAS VIII. — Femme délivrée sans secours à son premier accouchement, grosse pour la 9e fois. Hernie crurale gauche, descendant jusqu'aux genoux. On ouvrit la tumeur, et on en sortit un fœtus vivant. La mère mourut 3 jours plus tard.

3° *Hystérocèle ischiatique.*

CAS IX. — Laparotomie. L'auteur ne dit point si la mère survécut.

4° *Hystérocèle sous-pubienne.* L'auteur n'en connaît pas de cas.

5° *Hystérocèle ombilicale.*

CAS X. — Travail à terme, normal, réduction pendant les douleurs (*Gaz. des hôp.*, 1859, p. 419).

CAS XI. — Bandage approprié. Travail court ; enfant vivant.

CAS XII. — Réduction, délivrance aisée.

Cas XIII. — La hernie se produisit pendant le travail. Forceps. Réduction après la délivrance.

6o *Hystérocèle ventrale.*

Cas XIV. — Accouchement spontané.

Cas XV. — La malade avait été opérée d'une hernie avant sa grossesse. Délivrance spontanée.

Cas XVI. — Fœtus hydrocéphale. J.-L. Petit perfora le crâne. Extraction aisée. La malade se rétablit bientôt (J.-L. Petit, œuvres posthumes, III, p. 264).

Cas XVII. — Le ventre descendait jusqu'aux genoux.

Cas XVIII. — La malade avait eu dans les muscles droits un abcès qu'on lui avait ouvert. Elle devint enceinte. Elle accoucha naturellement.

Cas XIX. — Grossesse gémellaire. Après l'expulsion du premier enfant, Bell trouva une partie de l'utérus sortant à travers la ligne blanche, délivrance normale. (*Gaz. méd.* Paris 1849, p. 308).

Cas XX. — Grossesse de 6 mois. L'auteur ne dit rien sur l'ac couchement.

Cas XXI. — Accouchement spontané, enfant mort pesant 5 livres et demie.

Résumé :

	MÈRES		ENFANTS	
	SAUVÉES	MORTES	SAUVÉS	MORTS
Inguinales.................	5	4	8	1
Crurales...................	»	1	1	
Ombilicales................	4	»	4	
Ventrales..................	6	»	5(jum.)	2

Discussion : C. E. Hagner, Ford Thompson, Busey, King.

Séance du 16 *novembre* 1888.

PRÉSIDENCE DE J. T. JOHNSON

G. Byrd Harrison. **Apoplexie mortelle avant la puberté.** — Le malade était un garçon de 13 ans, admis dans un orphelinat. Sa mère est morte d'apoplexie.

L'enfant souffrait de céphalalgie depuis quelques jours. On craignait une fièvre typhoïde.

Il mourut au bout de 12 jours.

Autopsie. — Congestion méningée intense ; la substance grise est infiltrée et noire, l'espace sous-arachnoïdien est rempli d'un liquide séro-sanguin. Extravasation punctiforme dans la moelle allongée.

J. T. JOHNSON croit que l'application de forceps est parfois la cause de la production de caillots dans la tête des nouveau-nés. Il en cite un exemple. L'enfant succomba malgré une ponction, qui donna issue à un liquide coloré en noir.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE CINCINNATI

Séance du 11 *octobre* 1888.

PRÉSIDENCE DE G. E. JONES

W. H. WENNING. **Convulsions puerpérales.** — La malade craignait d'accoucher avant les 9 mois révolus depuis son mariage. Le 3 juillet, M^{me} J. ayant eu de fortes douleurs, Wenning fit la dilatation du col. L'enfant vint mort.

Le 7. M^{me} J. fut prise de convulsions et succomba; l'urine ne renfermait pas d'albumine.

CLEVELAND raconte 2 cas. L'une des malades non mariée fut traitée par la saignée. L'urine était chargée d'urates, et albumineuse. Elle succomba le 5^e jour. Elle avait eu des crises d'épilepsie.

La seconde, non albuminurique, fut accouchée au forceps.

G. E. JONES cite un cas dans lequel la cause des accès semble avoir été la honte d'avoir des jumeaux. La malade succomba.

WENNING. **Hypertrophie et lacération du col. Amputation et trachélorraphie.**

G. E. JONES. **Imperforation de l'hymen.** — La fille, âgée de 19 ans, avait le ventre gros comme une femme enceinte de 7 mois. Jones incisa la membrane, fort tendue, et donna issue à 1800 gr. environ d'un liquide épais, rouge et sans odeur. L'opérée se remit.

REAMY a vu 3 cas d'hymen imperforé.

Séance du 8 *novembre* 1888.

PRÉSIDENCE DE G. S. MITCHELL

W. H. TAYLOR. **Placenta double, enfant unique.** — Les deux portions étaient éloignées de plus de 25 millim.

Taylor présente aussi **deux placentas appartenant à des jumeaux.** — Le placenta du premier gênait la sortie du second fœtus.

Ch. Reed. **Extirpation vaginale de l'utérus pour un cancer du col.** — L'opérée mourut du choc, trois heures après l'opération.

Discussion : Warning, G. Zinke, Taylor, White, Mitchell.

(Résumé d'après l'*Am. J. of obst.*, avril 1889, p. 402-444, par A. Cordes.)

SOCIÉTÉ GYNÉCOLOGIQUE DE CHICAGO

Séance du 16 *novembre* 1888.

PRÉSIDENCE DE CHARLES F. PACKER

A. Revens Jackson. — **Quelques cas, non guéris, d'hémorrhagie utérine.**

Cas I. — Mme F. W., 28 ans, a fait probablement deux fausses couches; a été curettée par Goodell en 1883.

Le 9 juillet 1884, Jackson répète le curage, et enlève des fongosités, puis applique de l'iode.

Les règles reviennent toutes les 3 ou 4 semaines, plus abondantes, et durent de 7 à 10 jours. Puis l'intervalle diminue.

Nouveau curage en 1885, sans résultat; de même en 1887.

Mme W. se serre trop dans son corset, et refuse de prendre de l'exercice.

Cas II. — Mme E. D., juive, jamais enceinte; menstrues irrégulières et peu abondantes.

En 1884, les règles deviennent plus fréquentes, et la perte est plus abondante. Aucune lésion organique du cœur, des poumons, du foie, ou des reins. Rien de notable dans les organes génitaux. Dilatation légère du col; le curage ramène quelques fongosités; application d'iode.

Quatre semaines plus tard, pertes sanguines, qui dure 3 semaines. Application de la solution ferrugineuse, de Monsel (persulfate de fer).

Le 23 décembre 1887, Jackson dilate le col avec un dilatateur métallique et enlève deux grosses granulations. La malade meurt, une semaine après, de péritonite.

Cas III. — Mme W. L., 35 ans, a 2 enfants le dernier, a 16 mois. Une perte presque continue (2 serviettes par jour) l'affaiblit et

trouble sa digestion. Jackson essaie tour à tour les laxatifs, l'ergot, l'hydrastis canadensis, le viburnum ; la curette ne ramène rien.

L'électrisation n'amène aucune amélioration. Les menstrues sont régulières, et se reconnaissent à la plus grande abondance de sang perdu.

Nouveau curage ; Jackson applique de l'iode, du tannin, du persulfate de fer, et de l'acide nitrique ; puis il perd de vue sa malade.

CAS IV (Dr. J. H. Stowel). — Mme M., 25 ans, Canadienne, menstruée dès 12 ans. A 16 ans écoulement sanguin durant parfois 5 ou 6 semaines.

A 22 ans, Mme M. fut examinée par un médecin d'Ottawa, qui fit le curage utérin. A la suite de cette opération, Mme M. n'eut plus de perte pendant 3 mois. Nouvelles métrorrhagies, nouveau curage ; nouveau bon résultat.

Le 21 janvier, Jackson enlève des granulations avec la curette, et applique la teinture d'iode. Aucun écoulement pendant 2 mois.

Chose curieuse, la perte est normale deux mois, et le mois suivant, elle est profuse.

La malade est actuellement entre les mains d'un électricien habile.

D. T. NELSON croit que dans ces cas, l'autopsie aurait pu faire découvrir la cause du mal.

Les maladies de la trompe causent-elles des hémorrhagies utérines ?

NELSON semble disposé à attribuer les pertes à quelque fibrome ou quelque sarcome qui est passé inaperçu.

C. T. PARKES raconte un cas, dans lequel la laparotomie fit reconnaître un angiome caverneux de l'ovaire, cause des hémorrhagies.

R. TILLEY a vu la malade qui fait le sujet de l'observation IV ; il a essayé le vinaigre puis l'extrait d'hamamelis, puis la quinine, puis la térébenthine, qui produisit de la strangurie ; additionnée d'eau camphrée, elle ne produisit plus ce symptôme pénible, et diminua la perte.

R. JACKSON ne croit pas que les hémorrhagies puissent être causées par un fibrome. Nous ne sommes guère autorisés à faire une laparotomie pour un fibrome assez petit pour passer inaperçu.

Quant aux maladies tubaires, sans doute, elles peuvent causer des pertes utérines, et nos remèdes n'agissent que sur la surface de l'utérus.

Le cas II a succombé ; Jackson avait préparé la laparotomie, à cause d'un gonflement qu'il avait reconnu dans la trompe.

ADDISON H. FOSTER. **Hydropisie de l'amnios.** — Troisième enfant, accouchement à 8 mois. Un baquet de plus de 20 litres fut rempli jusqu'au bord, et une certaine quantité de liquide se perdit dans le lit et les linges. L'enfant ne vécut que quelques heures.

Le placenta était adhérent, petit, mince et fibreux. L'accouchée se remit bientôt.

Foster n'a pu trouver aucune maladie spécifique.

SAWYER rappelle que Byford a observé la coïncidence de l'hydropisie amniotique avec les monstruosités fœtales. Il a vu des spina bifida contenant beaucoup de liquide, et croit que l'arachnoïde, dont la cavité est ouverte chez le fœtus acéphale, peut sécréter une grande quantité de liquide. Ne se peut-il pas que l'excès du liquide amniotique vienne du fœtus ?

FOSTER croit que le liquide provient du fœtus et de la mère.

ED. B. WESTON. **Nouvelle méthode pour éviter la déchirure du périnée.** — La malade avait eu une déchirure périnéale à chacun de ses accouchements, même lorsque le fœtus était venu à 6 mois.

Weston passa un fil à 13 millim. à droite de l'anus et le conduisit à 35 millim. dans la cloison recto-vaginale, puis le fit ressortir à un point symétrique à celui de l'entrée.

Il coupa les deux chefs à deux centim. et les lia.

Il se produisit une déchirure moins étendue que dans les accouchements précédents. L'enfant pesait 11 livres.

H. D. NEWMAN préfère l'épisiotomie bilatérale. Le fil de Weston facilite sans doute beaucoup la suture, mais on ne voit pas comment il peut s'opposer à la déchirure.

E. W. SAVOYER se loue beaucoup des incisions latérales et reconnaît que la suture de Weston, placée quand les parties ont encore leurs rapports normaux, doit diminuer beaucoup la difficulté de la périnéorrhaphie.

WESTON n'a pas voulu dire que sa suture doive remplacer l'épisiotomie et les précautions ; mais elle est un guide pour la périnéorrhaphie.

BAYARD HOLMES. **Cultures de bactéries pures dans l'urine d'un néphritique après la scarlatine.** — Holmes y a trouvé et présente des cultures du *streptococcus pyogenes* de Rosenbach.

Séance du 21 *décembre* 1888.

PRÉSIDENCE DE CH. T. PARKES

W. W. JAGGARD. **Utérus, annexes, reins et uretères** d'une malade morte d'éclampsie 12 heures après avoir accouché.

L'auteur se propose de discuter la question de l'anneau de Bandl et de l'éclampsie, dans la séance de février 1889.

H. T. BYFORD. **Trocart pour l'ovariotomie vaginale. Calcul uréthral. Kysto-fibromes ovariens. Grossesse ovarique. Tumeur graisseuse de la capsule surrénale. Kysto-fibro-myôme de l'utérus.**

W. W. JAGGARD. **Fièvre typhoïde pendant la grossesse.**

CAS I. — La malade attendait son accouchement pour le 10 mai, elle fut prise des symptômes typhiques le 7 et accoucha le 15. Le 14, elle eut 39°,4. Elle prit plus d'un litre de cognac dans l'espace de 4 heures. Elle n'eut pas de lait. L'enfant avait la peau macérée, et présenta des pustules sur tout le corps. Il guérit.

CAS II. — La malade avorta à 14 semaines. Elle n'eut pas de fortes hémorrhagies, et se remit bientôt.

Les causes principales de l'avortement ou de l'accouchement prématuré sont :

1° L'élévation de la température maternelle, causant la mort du fœtus par *insolation* ou par expulsion prématurée, par irritation thermique du muscle utérin.

2° L'endométrite hémorrhagique.

3° La diminution de la pression sanguine chez la mère, et l'asphyxie du fœtus.

4° Widal et Chantemesse ont découvert chez le fœtus, le bacille typhique.

DOERING a vu une femme avoir 40°,26, et aller à terme.

PARKES a vu avorter toutes les femmes prises de typhoïde au début de la grossesse.

BAYARD HOLMES remarque que le fœtus n'est pas toujours atteint, lorsque la mère a un anthrax, quoique son sang, à elle, soit plein de bacilles.

JAGGARD. Comme l'ont démontré Doléris, Doré, Max Runge et

d'autres, si l'élévation de la température maternelle se fait lentement et ne dure pas, le fœtus échappe le plus souvent.

(Résumé, d'après l'*Am. J. of obst.* Mars 1880, par A. Cordes.)

REVUE DE LA PRESSE

De la rétention du placenta produite par rétrécissement de l'anneau de contraction, par W. Freund.

Le cas signalé par Schultze, à la 50e réunion des naturalistes allemands, « *opération de Porro, pratiquée pour sauver une femme, mise en danger de mort par des accidents infectieux, ayant pour origine un placenta retenu dans la matrice* », éveilla une attention justifiée. Au prix de cette opération grave, la femme avait été sauvée.

Mais si, sous le rapport de l'intervention, l'observation de Schultze est unique, il faut dire que la rétention du placenta, déterminée par une coarctation du col, survenant peu après l'accouchement, coarctation qui persiste ou qui ne cède que tardivement et d'une manière insuffisante, n'est pas un accident exceptionnel : observations rapportées par Hegar, Aepli, Seulen, Labusquière.

Spiegelberg fait intervenir comme facteurs étiologiques les circonstances suivantes :

a) Direction irrationnelle de la délivrance, et, en particulier, tractions intempestives sur le cordon.

b) Adhérences pathologiques du placenta.

c) Métrite déjà existante.

c) Écoulement prématuré des eaux.

d) Tractions intempestives sur certaines parties fœtales en prolapsus.

e) Seigle ergoté.

f) Refroidissement des extrémités inférieures.

Or, le médecin qui a eu l'occasion d'observer un grand nombre de fois la rétention du placenta, aura pu, aisément, constater que plusieurs de ces cas ne ressortissent à aucune des catégories précédentes, ou du moins, qu'ils n'en tirent pas une explication

suffisante. D'autre part, si, par exemple, les tractions pratiquées sur le cordon méritaient l'importance étiologique qu'on a voulu leur accorder dans la production de l'accident, combien celui-ci devrait-il être plus commun, dans des services où ces tractions sur le cordon constituent le procédé ordinaire ! On en pourrait dire autant de l'usage irrationnel de l'ergot de seigle, etc.

En tout état de cause, ces circonstances pathogéniques, communément admises, ne sont pas de nature à expliquer des cas où *l'anneau musculaire de contraction se coarcte, prématurément, chez la même femme et à chaque accouchement produit la rétention de l'arrière-faix, et ne permet que tardivement son expulsion.*

Peut-être faut-il chercher la raison de la répétition de l'accident, indépendamment de l'intervention de certaines conditions adjuvantes, dans une susceptibilité particulière de l'utérus, peut-être même dans une idiosyncrasie des femmes qui y sont sujettes. Freund croit pouvoir, de l'examen de 7 observations personnelles, prises à la policlinique de Strasbourg, tirer des conclusions dans ce sens. Voici ces observations très résumées :

1) 42 ans. VI pare. *Antéflexion utérine congénitale.* Au 5e accouchement, délivrance artificielle. Au 6e accouchement, comme, 2 heures après la sortie de l'enfant, le placenta n'était pas encore expulsé, malgré l'emploi d'autres moyens (expression suivant la méthode de Crédé, *administration du seigle ergoté*), il fallut procéder à l'extraction manuelle du délivre. État des parties : utérus encore volumineux, incurvé en avant et très dur, irrégulièrement contracté,... *tandis que le segment inférieur paraissait flasque, la région de l'anneau de contraction était si serrée qu'on ne put, et péniblement, introduire que deux doigts.* Extraction du délivre, déjà décollé en plus grande partie. Suites de couches normales.

2) 36 ans. Phtisique, à la 3e période, bassin rachitique plat, accouchements antérieurs longs, mais sans intervention de l'art. Au dernier, 1/4 d'heure environ après la sortie de l'enfant, hémorrhagie; frictions, tentatives d'expression placentaire échouent; et, *malgré l'évacuation de la vessie qui était distendue par l'urine,* l'utérus restait haut. On n'avait pas donné d'ergot. Intervention manuelle : *l'anneau musculaire était si serré, si résistant, qu'on pouvait à peine introduire deux doigts.* Extraction

laborieuse de l'arrière-faix et lavages fréquents durant les suites de couches. Aucun accident du côté des organes génitaux, mais les progrès de la phtisie, firent transférer la femme dans un autre service.

3) 36 ans. I pare. Accouchement très prolongé, ayant duré 4 jours, *la poche des eaux s'étant rompue le premier.* Application de forceps; 3/4 d'heure après la sortie de l'enfant, la délivrance ne s'effectuant pas, intervention manuelle : *l'anneau de contraction était dur comme du fer, et si serré qu'il ne laissait pénétrer que deux doigts.* L'administration du chloroforme ne diminua pas la constriction. Extraction du délivre très laborieuse. Suites de couches normales.

4) 29 ans. V pare. Au 4e accouchement, extraction artificielle du délivre à cause d'une hémorrhagie. Les suites de couches furent pathologiques. Il semble que cette femme ait fait de l'endométrite et de la métrite puerpérale, accidents dont elle aurait gardé, comme conséquence, une *antéflexion de la matrice.* Le corps de l'utérus, coudé à angle aigu sur le col, ne se laissait pas redresser manuellement. Au 5e accouchement, la délivrance ne se faisant pas, intervention : au-dessus de la portion vaginale, il y avait une *région de la matrice, longue, dure, qui n'admettait que deux doigts et qui était fortement contractée sur eux.* Extraction très laborieuse du placenta. *Le délivre, traversé par des faisceaux de tissu connectif, présentait, non loin de l'implantation du cordon, un anneau cicatriciel, blanc.* Suite de couches quelque peu fébriles.

5) 26 ans. VI pare, accouchements normaux. Au 6e, après sortie normale de l'enfant, hémorrhagie. Comme la délivrance tardait, intervention. A ce moment, la *femme était évanouie* et perdait encore du sang. *L'anneau de contraction était tellement serré qu'on eut beaucoup de peine à introduire deux doigts.* Suites de couches compliquées de quelques phénomènes pyrétiques.

6) 27 ans. *Expulsion prématurée de l'œuf, au 5e mois de la grossesse.* Examen pratiqué 3 jours après : vagin étroit, portion vaginale flasque et courte, portion supra-vaginale, dure, et, par rapport au reste de l'organe, très longue. Sa paroi antérieure présente dans sa portion inférieure, une *inflexion aiguë, à angle rentrant.* En haut, elle se continue directement avec le corps de l'utérus. Celui-ci est augmenté de 3 fois son volume, paraît plutôt

aplati de haut en bas que cylindrique. *La déviation utérine se montre irréductible.* On ne peut introduire qu'un seul doigt dans le col, et bientôt, *on se heurte à une partie si dure, si étroite, si fermée, qu'on ne peut faire passer qu'une sonde.* 14 jours après l'expulsion du fœtus, apparition de douleurs et expulsion spontanée de l'arrière-faix. *Très peu après, l'utérus était antéfléchi et absolument fermé.* Le placenta, qui avait la forme d'un boudin, n'offrait aucun signe de décomposition.

7) 39 ans. VIII pare. 5 accouchements normaux. Un nécessita une application de forceps, et dans le 7e, où l'enfant venait par le siége, on procéda à l'extraction de celui-ci. Depuis le 1er accouchement, *ventre en besace*, condition qui ne fit que s'accuser par la suite. Au 8e accouchement, présentation du tronc. Version et extraction faciles. Délivrance naturelle. Mais, peu après, la matrice se replaça en antéversion et, comme on voulut faire un lavage de l'utérus, on constata que l'*anneau de contraction était si étroitement serré qu'il ne pouvait être question d'introduire une sonde.* Suites de couches normales.

Si l'on veut expliquer ces rétentions du placenta par l'intervention des circonstances habituellement incriminées, on peut les répartir de la manière suivante : cas 1, seigle ergoté ; cas 5 et 6, adhérences placentaires ; cas 3, écoulement prématuré des eaux, et rigidité des tissus ; cas 4, métrite ancienne et endométrite.

Mais, indépendamment de ces conditions étiologiques, dont la diversité est un peu compatible avec une explication suffisante de la complication en question, il est intéressant de mettre en relief certains caractères communs que présentent plusieurs de ces cas, ainsi : *dans* 3 *il y avait antéflexion congénitale de la matrice, dans un* 4e *antéflexion acquise. Or, une des particularités de cette anomalie de position consiste dans un rétrécissement de l'orifice interne.*

L'auteur jette ensuite une plus vive lumière sur les rapports étroits qui doivent exister entre cette antéflexion de l'utérus et la rétention du placenta, en montrant l'influence qu'exerce déjà la déviation utérine sur la grossesse, l'accouchement, et les suites de couches. Cette déviation utérine, indépendamment du rétrécissement de l'orifice interne, s'accompagne d'une rigidité toute spéciale de la paroi de l'utérus, et surtout d'*une tendance, très marquée, de l'organe à reprendre, immédiatement après la sortie de*

l'enfant, sa disposition antérieure. Aussi, Freund formule-t-il la proposition suivante : en raison de l'analogie frappante que présentent ces 4 cas, antéflexion utérine et sténose au moment de la 3e période, on ne peut admettre une simple coïncidence, un pur effet du hasard ; il est plus rationnel de reconnaître qu'IL S'AGIT DANS CES FAITS D'UN RETOUR, TRÈS PRÉMATURÉ, A L'ÉTAT ANTÉRIEUR DE L'UTÉRUS, ÉTAT QUI CARACTÉRISE L'ANTÉFLEXION DE L'ORGANE : INFLEXION EN AVANT, ÉTROITESSE DE L'ORIFICE INTERNE, RIGIDITÉ DES PAROIS DE L'UTÉRUS.

Toutefois, il ne veut pas dire que cette disposition anatomique, particulière de la matrice, suffit à produire la rétention du placenta. Non ! Il pense qu'il s'agit plutôt là de conditions prédisposantes. Mais, que lorsqu'elles existeront, il suffira de l'intervention, par exemple, d'une des causes incriminées habituellement (ergot de seigle, tractions imprudentes sur le cordon, adhérences du placenta), pour déterminer l'incarcération du placenta.

Dans le cas 2, la cause prédisposante à l'incarcération placentaire aurait été la dyspnée, due à la phtisie laryngée et pulmonaire, et la cause déterminante, la réplétion de la vessie ; et, parallèlement, dans le cas 5, la perte de connaissance et les adhérences placentaires (placenta marginé).

Conclusions pratiques : quand on constate chez une femme les conditions étudiées ci-dessus, il faut, comme moyens prophilactiques d'abord, éviter toutes les circonstances de nature à augmenter la disposition, naturelle déjà, de l'anneau de contraction, à se coarcter. C'est dire qu'il faut éviter avec soin les frictions, les tiraillements excitants, rejeter l'emploi du seigle ergoté : en somme, adopter, par rapport à la délivrance, une conduite surtout expectante. En présence du fait accompli, le médecin, évidemment, doit s'inspirer avant tout des indications particulières à chaque cas : s'il existe, par exemple, une hémorrhagie, la combattre par les moyens appropriés. Mais, d'une manière générale, quand l'indication à intervenir n'est pas urgente, il faut se garder de toutes les manœuvres qui sont plutôt propres à empirer la situation. On tâchera, par le repos, les injections tièdes, sans jet, l'administration de quelques opiacés, les fomentations tièdes sur le ventre, de faire cesser la contraction excessive de l'utérus. Enfin, si l'on échoue, et si des accidents graves de septicémie mettent la vie en péril,

on sera autorisé, comme Schultze y réussit, à supprimer le foyer d'infection, par l'ablation de la matrice. (*Arch. f. Gynäk.* Bd XVI. Hft 1.)

R. L.

REVUE DES JOURNAUX

De l'occlusion intestinale après l'ovariotomie (Ueber Darmocclusion nach ovariotomie), W. Hirsch.

1) Une ou plusieurs anses intestinales s'accolent à l'une ou l'autre des deux surfaces cruentées (plaie abdominale, plaie du moignon). La tunique séreuse de l'intestin fusionne avec cette plaie qui, en cicatrisant, se rétracte, et l'intestin subit ce mouvement de rétraction : *occlusion intestinale déterminée par rétraction cicatricielle.*

2) Il n'y a pas accolement d'anses intestinales avec les surfaces cruentées, mais, l'irritation de la séreuse péritonéale produite par l'acte opératoire, par le contact des solutions antiseptiques employées, détermine une péritonite aseptique. Il en résulte la formation de brides inflammatoires qui, sur plusieurs points, fixent l'intestin à l'épiploon, ce qui, en premier lieu, gêne les mouvements péristaltiques de l'intestin. Puis, sous l'influence d'une circonstance fortuite (choc, compression), accumulation de matières stercorales, il se produit des mouvements violents de l'intestin, d'où des tiraillements sur les points fixés, et, éventuellement, l'occlusion : *occlusion intestinale d'origine péritonéale.*

3) Par le seul fait du déroulement de l'intestin qu'en certain cas entraîne l'opération, l'occlusion peut survenir. Ou bien, dans le traitement extra-péritonéal du pédicule, une anse intestinale peut être pincée entre le moignon et la parci abdominale. D'autre part, le pédicule abandonné dans la cavité abdominale peut, par lui-même, produire l'étranglement : *occlusion intestinale d'origine purement mécanique.*

Dans les 2 premiers groupes rentrent les cas où l'occlusion s'établit progressivement. Ainsi, l'ovariotomie a réussi, la guérison, sous le rapport de l'acte opératoire, est un fait accompli, mais les femmes succombent aux suites d'une obstruction intestinale, qui

s'installe peu à peu, qui n'apparaît que lorsque déjà la plaie est guérie. L'occlusion d'origine mécanique, au contraire, se produit souvent peu après l'opération, et, en tout cas, durant le processus de cicatrisation. La mort survient au cours du traitement post-opératoire.

L'auteur expose ensuite l'histoire clinique de l'occlusion intestinale suite d'ovariotomie. Il étudie les symptômes, le diagnostic, le pronostic, le traitement et, à ce sujet, rappelle les circonstances multiples (précautions à prendre dans la confection du pédicule, influence fâcheuse du bandage abdominal compressif, lavage abdominal destiné à décoller les intestins accolés, action pathogénique de l'iodoforme, de certains antiseptiques, etc.), incriminées ou déclarées préventives par certains chirurgiens (Kaltenbach, Müller, Olshausen, Schatz, Gusserow, Krukenberg, Elischer, Küstner, Sänger, Schwarz, Saxinger, Firning, etc.).

Il cite ensuite un fait nouveau, celui d'une femme qui fut opérée par Bumm, à la Maternité de Wurzbourg. Cette observation est suivie de la relation succincte de onze autres cas, rassemblés dans la littérature médicale. (*Arch. f. gynäk.* Bd XXXII. Hft. 2.)

Du pronostic des opérations des myômes (Zur Prognose der Myomoperationen), Th. LANDAU. — Toute opération supra-vaginale comporte de grands risques. Et, ces risques ne sont pas, exclusivement, liés aux difficultés d'exécution. Cela est si vrai, que de deux opérées, se trouvant dans des conditions identiques par rapport à l'acte opératoire en lui-même, l'une guérira de la façon la plus heureuse, sans que le moindre trouble réactionnel ait troublé la marche de la guérison, tandis que l'autre succombera rapidement. Les causes de la mort, après la myomotomie, peuvent rentrer dans les catégories suivantes : septicémie (péritonite aiguë), hémorrhagie, embolie des artères pulmonaires et choc.

Lorsqu'une femme, qui a subi la myomotomie, meurt, et qu'à l'autopsie, on ne trouve ni lésions de péritonite, ni traces d'hémorrhagies, ni obstruction des artères pulmonaires, on constate au niveau du cœur, indépendamment d'un processus de stéatose des gros viscères abdominaux, des *signes d'atrophie et de myocardite.*

Quels phénomènes cliniques ont présenté ces sujets ?

Abstraction faite des vomissements, qu'on pourrait rapporter à l'emploi du chloroforme, les opérées accusent, suivant leur façon de réagir particulière, des douleurs plus ou moins intenses, qu'elles localisent dans la région de la plaie opératoire, au niveau du sacrum, et entre les deux épaules. Dans les premières heures qui suivent l'opération, l'action du cœur est, à la vérité, affaiblie, mais régulière. De 6 à 10 heures, après l'acte opératoire, au milieu des symptômes d'une dyspnée intense, les battements du cœur s'accélèrent en faiblissant ; le pouls devient de plus en plus petit, misérable, et la mort survient par défaillance cardiaque. L'évolution, il est vrai, n'est pas toujours aussi rapide. L'auteur passe ensuite en revue les *circonstances diverses que l'on a indiquées comme étant de nature à favoriser cette dégénérescence du muscle cardiaque.*

a) *Anémie.* — La pathologie générale a depuis longtemps montré que, chez tous les anémiques, et comme conséquence d'un défaut d'oxygénation du sang, surviennent des lésions de dégénérescence graisseuse dans l'appareil circulatoire. Quand l'anémie est légère, c'est d'abord la tunique interne des grosses artères qui s'altère. Mais, quand la diminution des globules rouges est considérable, c'est le cœur lui-même, et dans sa portion musculeuse, qui est atteint, *stéatose du muscle cardiaque.* Or, la plupart des femmes qui s'exposent aux dangers de la myomotomie, les acceptent, parce que, le plus souvent, leur existence est déjà mise en péril par des hémorrhagies profuses, qui ont déjà créé cet état d'anémie, si favorable à l'apparition de la dégénérescence du cœur.

b) *Influence fâcheuse du chloroforme sur le cœur* (Ungar, Strassmann). Circonstance d'autant plus importante quand il s'agit de myomotomies, qu'en général, et malgré la dextérité de l'opérateur, l'opération est forcément longue.

c) *Influence fâcheuse des antiseptiques sur le système vasculaire en général et en particulier sur le myocarde* (Oberländer, König, Küster, Langenbeck, Senger, etc.).

d) Action défavorable, *sur le cœur*, produite par la sortie des intestins (Schröder, Olshausen). A ces conditions pathogéniques déjà connues, l'auteur ajoute :

e) *L'usage antérieur, prolongé, de l'ergotine.* Des résultats, par le traitement avec l'ergotine, ne sont obtenus que si ce traitement est prolongé. Mais, parler de traitement prolongé, équivaut à dire :

intoxication chronique. En somme, il est prolongé jusqu'à apparition de certains troubles, accidents gastriques, vertige, agitation, troubles de la sensibilité....., puis, après une suspension plus ou moins longue, on le reprend. Mais, cette action prolongée sur les éléments musculaires des vaisseaux, et conséquemment sur le myocarde, entraîne des altérations (thrombose hyaline), et se traduit, cliniquement, surtout par l'affaiblissement de l'action du cœur. Enfin, on pourrait invoquer l'action de l'ergotine sur le système nerveux. Car, on a constaté que l'ergotisme chronique détermine des altérations de nature scléreuse dans les cordons postérieurs de la moelle.

De cette étude, l'auteur ne veut pas déduire des conclusions contre le traitement par l'ergotine, traitement qui a donné en certains cas des résultats heureux, ni contre la myomotomie, il lui suffit de faire remarquer que *la myomotomie offre d'autant moins de chance de guérison à une femme atteinte de myômes, qu'elle a déjà été soumise à un traitement prolongé par l'ergo tine.* (*Cent. f. Gynäk.*, 1889, n° 11.)

De l'état de la muqueuse du corps dans le carcinome de la portion vaginale (Ueber das Verhalten der Schleimhaut des Uteruskörpers bei Carcinom der Portio), K. Abel. — Les recherches de l'auteur ont porté sur 7 utérus, enlevés par Landau pour dégénérescence carcinomateuse de la portion inférieure de l'utérus (6 fois carcinome de la portion vaginale, 1 fois carcinome du col). Dans tous les cas, la muqueuse du corps de l'utérus était profondément altérée, tandis que la muqueuse du col, dans les cas de carcinomes de la portion vaginale ne présentait que des modifications légères.

Suivant l'auteur, sur l'ensemble de ces 7 cas, 3 fois il s'agissait de dégénérescence sarcomateuse, une fois sarcome à petites cellules, 2 fois à cellules fusiformes. Des 4 autres utérus, 2 auraient présenté des altérations correspondant à un stade précoce de la dégénérescence sarcomateuse, tandis que les 2 autres n'auraient offert que des altérations de nature purement inflammatoire qui intéres saient le tissu glandulaire et interglandulaire, sans aucune trace de néoplasie.

Ce travail, dans lequel on trouve l'exposition détaillée des conditions anatomiques relevées dans chaque cas, est accompagné de 4 planches figurant les altérations histologiques observées.

L'auteur pense avoir apporté la preuve anatomo-pathologique des droits de l'extirpation totale dans tous les cas de cancer de la portion vaginale. (*Cent. f. Gynäk.*, 1889, nº 1, et *Arch. f. Gynäk.* Bd XXXII. Hft 2.)

Des micro-organismes du bout fœtal du cordon ombilical (Die microorganismen der Nabelschnurrestes), S. CHOLMOGOROFF.

Se développe-t-il toujours des micro-organismes sur le bout de cordon ombilical, qui reste appendu à l'enfant ? Quels sont ces micro-organismes ?

La nature et le mode de pansement du cordon ombilical ont-ils une influence sur leur développement ?

Leur présence coïncide-t-elle avec l'apparition d'une affection puerpérale chez la mère ?

Peut-on, grâce à un pansement particulier, empêcher ou du moins réduire au minimum, le développement des micro-organismes dans le cordon ombilical ?

L'auteur a fait ses recherches dans le service clinique de Sutugin, à Moscou, et poursuivi ses études expérimentales dans le laboratoire du professeur Babuchin.

Aucun des enfants, qui ont servi à ces recherches, n'était atteint de conjonctivite gonorrhéique. La substance, fournie par l'enfant et insérée ensuite sur les milieux de culture, était prise, après incision du cordon, toutes précautions étant observées pour éviter toute contamination par un organisme hétérogène. Comme milieux de culture, on a surtout utilisé les milieux solides, agar-agar et gélatine. Très rarement, il a été fait usage de bouillons liquides. Pour le triage des organismes, on a, exclusivement, eu recours au tube d'Esmarch avec l'agar-agar. Ces tubes placés au sein d'une température constante de 37°, donnèrent, après 1 ou 2 jours, développement à des colonies, qu'on inocula ensuite, par piqûre et par stries, sur l'agar-agar et sur la gélatine.

D'autre part, on employa pour le pansement du cordon ombilical différents pansements (ouate hygroscopique, lanoline, gypse).

L'auteur résume son travail dans les propositions suivantes :

1. Le cordon des nouveau-nés est absolument dépourvu de bactéries ; elles y arrivent de l'extérieur.

2. Sur le bout du cordon, qui reste appendu à l'enfant, se développe comme germes non pathogènes, la *sarcina lutea* et le *ba-*

cillus subtilis ; comme germes pathogènes, le *staphylococcus albus, aureus et citreus, et le streptococcus pyogenes.*

3. Suivant la nature du milieu où il est, le cordon meurt par *mortification* ou par *momification.*

4. La mortification humide favorise le développement des germes pathogènes et non pathogènes.

5. Quand il y a momification sèche, il faut considérer au cordon deux segments. Dans le plus long, ne se développent que des germes non pathogènes, dans l'autre des germes pathogènes et non pathogènes, et ceux-là en très petit nombre.

6. Dans le pansement avec le gypse, la momification est aussi complète qu'avec n'importe quel autre mode de pansement. *Le développement des micro-organismes est réduit au minimum.*

7. Les bactéries pathogènes du cordon ombilical sont identiques à celles des affections puerpérales.

8. L'apparition de micro-organismes pathogènes sur le cordon est indépendante des affections puerpérales de la mère ou de la conjonctivite gonorrhéique du nouveau-né. (*Zeits. f. Geb. und Gyn.* Bd XVI, Heft. 1.)

BIBLIOGRAPHIE

Recherches sur l'échange de substances entre le liquide amniotique et le sang maternel, A. Torngren (Helsingfors). — Ce travail est une œuvre de recherches expérimentales. L'auteur nous en donne le détail, et, bien vite, on se rend compte des difficultés énormes que ces recherches comportent, de l'ingéniosité et de la patience qu'il faut y déployer.

En premier lieu, et comme introduction, historique des opinions, si diverses encore aujourd'hui, qui ont été émises sur l'origine du liquide amniotique. L'historique se termine par des propositions connues, et qui résument cette diversité des opinions, au service desquelles on a fait intervenir les études anatomiques, physiologique, chimiques.

1) Le liquide amniotique est transsudé directement des vaisseaux de la mère à travers les membranes.

2) Le liquide amniotique est un produit du fœtus, soit de sa peau, soit de ses reins.

3) Le liquide amniotique provient des annexes du fœtus : le placenta, le cordon ombilical, les membranes.

4) La plupart des auteurs sont d'avis qu'il ne faut pas chercher la source du liquide amniotique uniquement dans un de ces facteurs, mais que plusieurs contribuent à la fois à sa formation.

Dans le chapitre suivant, le plus important, l'auteur expose, en les interprétant, les recherches expérimentales qu'il a instituées, pour tâcher d'élucider le problème qu'il s'est posé, « *l'échange de substances entre le liquide amniotique et le sang maternel* ». Ces recherches sont basées sur la considération suivante : « s'il y a un échange actuel et assez rapide entre les liquides amniotiques et le sang de la mère, les substances introduites dans la cavité amniotique d'un des œufs, doivent se retrouver, non seulement dans les liquides et les organes de la mère, mais aussi dans les autres œufs, en supposant qu'il y en ait plusieurs ». La substance employée a été l'iodure de potassium, en raison de sa facile résorption. Mais pour déceler la présence de l'iode, il faut d'abord débarrasser les substances dans lesquelles on le cherche, de l'albumine qu'elles contiennent, parce qu'elle empêche les réactions ordinaires de l'iode de se produire.

Suit l'exposé de 5 expériences, desquelles il ressort que l'*iodure de potassium, injecté dans la cavité amniotique, passe dans l'urine de la mère, qu'il s'agisse de lapines à terme ou à une époque moins avancée de la gestation. Le temps nécessaire au phénomène paraît être de 45 minutes.*

Pour savoir si l'iodure de potassium passe dans l'organisme fœtal avant d'arriver dans le sang maternel, il a été fait deux autres expériences. Elles ont consisté à introduire directement de l'iodure de potassium dans l'estomac des fœtus. Or, dans ces 2 cas, l'iode n'est apparu que beaucoup plus tard dans l'urine de la mère, d'où la conclusion que l'*iode trouvé, soit dans l'urine de la mère, soit dans les œufs, au cours des autres expériences, avait dû passer, non par l'organisme fœtal, mais par le placenta ou les membranes.*

On trouve ensuite la relation d'expériences ayant pour but d'étudier l'influence de la mort du fœtus, d'un obstacle apporté dans la circulation des annexes fœtales et dans l'excrétion urinaire, sur le passage des substances du sang maternel dans l'œuf. Les conclusions générales de ce chapitre sont les suivantes :

a) L'iodure de potassium peut passer, chez le lapin, du sang maternel dans l'eau de l'amnios, sans traverser le fœtus.

b) L'iodure de potassium introduit dans la cavité amniotique, passe dans la circulation maternelle sans traverser l'organisme fœtal.

c) Ces deux phénomènes se produisent quand la lapine est à terme et à une époque moins avancée de la grossesse, au moins depuis sa moitié.

d) La circulation fœtale dans le placenta, les membranes et le cordon ombilical contribue essentiellement au passage dans la direction vers le fœtus. Dans la direction « matripète », l'action cardiaque du fœtus semble jouer un rôle encore plus important.

Dans un dernier chapitre, ayant pour titre « *Revue critique, accompagnée de quelques expériences comparatives* », l'auteur rappelle, en les soumettant à une analyse critique, les recherches analogues aux siennes faites par d'autres expérimentateurs. Il cite en particulier celles de Gusserow et Bar qui, seuls, avant lui se sont occupés de la résorption du liquide amniotique, celles de Tarnier et Pinard relatives au degré de perméabilité des membranes ovulaires de l'œuf humain, et termine son intéressant et très laborieux mémoire par la proposition suivante : L'ÉCHANGE DE SUBSTANCES ENTRE LE LIQUIDE AMNIOTIQUE ET LE SANG MATERNEL S'OPÈRE PRINCIPALEMENT PAR L'INTERMÉDIAIRE DES VAISSEAUX DES ANNEXES DU FŒTUS.

Dr R. LABUSQUIÈRE.

Erratum. — Page 305, ligne 9, au lieu de : solution alcoolique de 1/2500..., lire : solution alcoolique de sublimé à 1/2500.

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

# ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Juin 1889

TRAVAUX ORIGINAUX

MÉLANO-SARCOME PRIMITIF DE LA VULVE

Par **R. W. Taylor**, chirurgien à l'hôpital « la Charité » de New-York.
(Traduit par le Dr R. LABUSQUIÈRE.)

Toutes les variétés de néoplasmes malins, épithéliomas, carcinomes et sarcomes, se développant sur les organes génitaux externes, sont d'observation extrêmement rare. Et, lorsqu'ils se rencontrent en cette région, ils y sont, en règle générale, comme *lésions primitives*. Ce n'est, qu'exceptionnellement, qu'ils s'y présentent à titre de produits secondaires, et plus rarement encore, comme résultat de l'extension, de haut en bas, d'une néoplasie maligne du conduit génital interne.

Bien que l'épithélioma de l'utérus soit loin de constituer une affection commune, on a dit qu'il en était observé de trente-cinq à quarante pour un seul épithélioma des parties externes de la génération. Et cependant, ce dernier tient la première place parmi les néoplasmes malins de la vulve. Il existe dans la littérature médicale des relations si nombreuses de cas d'épithélioma vulvaire, que l'histoire et l'évolution de cette affection sont suffisamment connues, et qu'elle a cessé de constituer une rareté clinique.

Le carcinome et le sarcome de la vulve sont extrêmement rares, et, après minutieuse analyse des statistiques peu fournies qui se rapportent à ces deux affections, il semble ressortir que, quant à leur fréquence relative, le premier est au second comme deux est à un. Si l'on étudie avec attention ce qu'il y a, sur la matière, dans la littérature médicale, on est fort désappointé parce qu'on tombe sur des descriptions incomplètes des cas rapportés, et qu'en outre, on ne trouve pas, relativement à leur nature, une définition précise. En réalité, il reste encore à ajouter beaucoup à l'ensemble de nos connaissances sur le carcinome primitif de la vulve, et, en somme, on en peut dire tout autant du sarcome primitif de cette région, dont il existe moins de six cas indistinctement relatés.

Si, maintenant, nous passons au *mélano-sarcome,* dont la localisation primitive sur l'œil, sur la peau, dans les viscères, peut difficilement être signalée comme commune, nous ne trouvons que trois cas accompagnés d'une relation satisfaisante (et une mention très vague du sujet dans quelques traités classiques), dans lesquels l'affection avait débuté, d'emblée, à la vulve. En conséquence, *on est autorisé à ranger le mélano-sarcome primitif de la vulve parmi les plus rares de toutes les variétés de néoplasmes malins de cette région.*

A ce sujet, il est nécessaire de souligner le fait que, sous le nom de mélanose vulvaire, on a relaté un certain nombre de cas qui, en réalité, étaient des cas de carcinome mélanique. Et cela a jeté une grande confusion dans l'esprit de beaucoup de médecins qui n'ont pas une conception claire de ces deux types de néoplasmes malins. Il y aurait donc intérêt à abandonner le terme de « *mélanose* », qui est de nature à créer une certaine équivoque.

Le carcinome mélanique a son origine dans les éléments épithéliaux, tandis que le mélano-sarcome, de même que le simple sarcome, est une affection du tissu conjonctif.

Dans cet essai, je relaterai une observation personnelle de mélano-sarcome primitif de la vulve, que je ferai suivre de

l'exposition sommaire des faits de Göth (1), Terrillon (2), Müller (3). Ils représentent tous les cas rapportés jusqu'ici de cette affection, et j'espère, ce faisant, jeter quelque lumière sur ce sujet peu connu.

Il convient, pour étudier le mélano-sarcome des muqueuses, d'utiliser ce que nous savons du mélano-sarcome de la peau. Il existe, en effet, entre les deux processus de nombreuses analogies, bien que l'affection, lorsqu'elle évolue sur des muqueuses, soit loin de présenter ces symptômes objectifs si nets qui la distinguent quand elle a un siège cutané. Il importe de rappeler, dans cette étude, les modes primitifs suivants de développement du mélano-sarcome :

1° Le sarcome mélanique primitif de la peau qui, sous forme d'un, ou de plusieurs petits nodules, débute sur une éphélide, sur une tache pigmentaire, sur un nævus vasculaire, sur une anomalie congénitale de la peau, sur un bourgeon cutané, qui se greffe sur un processus phlegmasique chronique du tégument ou en est la conséquence, ou bien qui succède à un traumatisme modéré ou violent d'une région cutanée. Dans tous ces cas, *irritation et traumatisme paraissent être des facteurs importants et essentiels.*

2° Le mélano-sarcome local primitif, qui peut ou rester circonscrit ou se généraliser, qu'en raison de l'ignorance où l'on est des causes qui le produisent, on est autorisé à qualifier d'idiopathique, et qui, parfois, est d'origine congénitale. Cette variété se rapproche du premier type.

3° Le mélano-sarcome idiopathique et multiple qui débute aux mains et aux pieds, et de ces régions envahit le corps, mélano-sarcome que l'on a désigné sous le nom de « *type* d'Hébra », et que cet observateur considère comme étant une

---

(1) Pigmentsarkom der Aüsseren Genitalien. Centralblatt für Gynäkologie, october, 1, 1881.

(2) Mélanose généralisée ayant débuté par une petite lèvre de la vulve. *Ann. de gynéc. et d'obst.*, juillet 1886.

(3) Zür kasuist. Neubildungen an die aüsseren Weiblichen genitalien. *Berlin. Klin. Wochenschrift*, n° 31, 1881.

maladie générale. Exceptionnellement, l'affection débute d'une façon locale, en d'autres points que sur les extrémités, et, en particulier, sur les diverses régions de la face et du tronc.

4° Le mélano-sarcome qui débute sur la choroïde et ses replis (*ureal tract*).

5° Le mélano-sarcome qui se développe dans l'un quelconque des viscères ou dans les ganglions lymphatiques, (exceptionnel).

6° Le mélano-sarcome des muqueuses, conjonctive, muqueuse de la bouche, de la vulve et du pénis (1). Cette variété est « le plus fréquemment » à titre de produit secondaire (nous employons ici ce terme « fréquemment » en tenant bien entendu soigneusement compte de la rareté de ces néoplasmes). En tant qu'affection primitive, cette variété est fort rare, et, eu égard à ces caractères, elle mériterait d'être rangée à côté des néoplasmes analogues, classés dans les catégories 1 et 2 (*Vid. supra*).

---

(1) Le sarcome primitif et le mélano-sarcome du pénis sont également fort rares. Après de très laborieuses recherches, j'ai trouvé les cas suivants : W. Battle décrit (sarcome primitif du pénis. *Trans. path. Societ. of London*) un cas observé chez un homme âgé de 60 ans. Holmes, dans les comptes rendus de la même société, V. XXIII, 1872, relate, sous le titre « mélanose du pénis », l'observation d'un homme de 52 ans. Dans le « *Gross' system of surgery* », Ed. VI°, p. 834, on trouve rapporté le cas d'un nègre, âgé de 44 ans. Enfin au « *Guys' Hospital* » on conserve une pièce pathologique enlevée par Golding Bird.

Mon collègue, le Dr A. W. Stein a rapporté (*Med. Record*, 21 mai 1887) l'observation, avec détails nécropsiques, d'un homme âgé de 33 ans atteint de mélano-sarcome généralisé, et chez lequel il y avait infiltration évidente de la vessie, de l'urèthre, des corps spongieux et caverneux, du testicule et du cordon. Mais on ne put se procurer de renseignements sur le développement primitif de l'affection.

Le cas de Demange (Étude sur la lymphadénie. *Th. de Paris*, 1874) et de Vidal, a été emprunté comme exemple de mélano-sarcome primitif du gland. Mais son histoire même, montre qu'en réalité l'affection avait débuté aux extrémités, et qu'après environ trois années, l'organe génital avait été atteint, évolution qui ne constitue pas une éventualité rare.

D'une manière générale, on peut émettre en proposition que *les tissus divers offrent des conditions d'autant plus favorables au développement du mélano-sarcome qu'ils sont plus riches en pigment.* Ainsi, la choroïde et ses replis (ureal tract) représentent le siège de beaucoup le plus commun de ces sortes de néoplasmes, la peau est beaucoup moins souvent atteinte.

OBSERVATION I (PERSONNELLE)

Mme X..., âgée de 62 ans, mère de 5 filles bien portantes, vint réclamer mes soins le 1er juin 1887. Toujours, elle avait joui d'une bonne santé, n'avait jamais souffert d'une lésion quelconque des organes génitaux, lesquels, à sa connaissance, n'avaient jamais, auparavant, présenté de condition anormale, même de peu d'importance. Antécédents de famille excellents, pas de traces de cancer. Voici les renseignements que la malade fournit : deux années auparavant, environ (elle avait alors 60 ans), elle éprouva, au niveau de la vulve, une sensation légère de cuisson, et, à plusieurs reprises, elle remarqua sur son linge de dessous une faible coloration sanguinolente. A cette même époque, elle constata la présence d'une raie bleuâtre dans le sillon situé entre la grande lèvre et la petite lèvre du côté gauche. Peu de mois après apparut une tumeur sphérique, de petit volume, qui siégeait du même côté et dans le voisinage du méat urinaire; bientôt, une deuxième tumeur, de la grosseur d'un petit pois, fut constatée à droite du méat. Simultanément, il y avait, dans l'aine droite, une masse douloureuse. Un médecin de Montréal, le Dr Trenholme, qualifia les lésions vulvaires de cancer, et les extirpa à l'aide du bistouri, vers la fin du mois de juin 1886. La plaie cicatrisa rapidement, sans qu'il restât aucune trace apparente du néoplasme. Environ deux mois plus tard, la femme remarqua à droite du méat, la présence d'une petite tache qui s'étendit rapidement jusqu'en octobre de la même année, époque où elle fut excisée par le Dr Trenholme. A peu près dans le même moment, il fut, d'une part, constaté qu'il y avait, dans l'aine gauche, une tuméfaction notable, et d'autre part, il parut que la masse, trouvée antérieurement dans l'aine droite, était plus petite. Vers le mois de novembre de la même année, on découvrit une seconde tumeur, de petit volume, semblable à une verrue, qui, située un peu à droite du méat urinaire, s'étendait de là jusqu'à

l'orifice vaginal, et le long de la portion supérieure droite du rebord de cet orifice. A partir de cette date, ainsi que durant une période d'environ huit mois, ce second néoplasme augmenta en volume. D'autre part, vers le mois d'avril, une nouvelle tumeur, plus petite, se développa à droite et juste au-dessous de l'autre sur la portion de la petite lèvre qui part du clitoris. L'aspect de ces lésions, telles qu'elles m'ont apparu dès le principe, est bien représenté dans le dessin colorié (1). La nodosité la plus grosse avait une coloration bleu noir, sa surface était parfaitement unie, homogène et légèrement luisante. Elle ressemblait à une prune mûre, sauf qu'elle était conique dans sa portion supérieure, près du clitoris. Elle mesurait environ 1 pouce et demi en longueur sur un pouce et quart de large. Sa structure était ferme, et cependant la tumeur était compressible, même sous une pression modérée. Elle adhérait solidement à la muqueuse de la portion droite de l'orifice vaginal, et sa base, qui avait un pouce environ de diamètre, se prolongeait, mais sans l'englober, jusqu'au méat urinaire. Quand on tirait sur la tumeur, on soulevait les tissus sous-jacents. La tumeur, se développant ainsi, sur le côté droit du vagin, inclinait en dedans et surplombait l'orifice vaginal. La nodosité plus petite, était manifestement située au-dessous de la muqueuse, et celle-ci étant modérément tendue, on pouvait, par transparence, l'apercevoir sous la forme d'une petite masse, ovale, qui était tout à fait adhérente aux tissus voisins. Les deux tumeurs étaient en rapport de continuité. Il n'existait ni complication inflammatoire ni traces d'écoulement anormal. Dans l'aine droite, plusieurs ganglions, hyperplasiés, et fusionnés entre eux, constituaient une masse, qui avait le volume d'une noix. Quant à l'aine gauche, elle proéminait, d'une manière notable, au niveau de sa portion moyenne. Là, on constatait une tumeur dure, légèrement lobulée, de forme conique, dont la base mesurait largement 3 pouces (78 millimètres), et dont le sommet, mousse, s'élevait au moins un centimètre au-dessus du niveau normal; elle était recouverte par de la peau saine. L'examen permit de reconnaître que les ganglions étaient solidement fixés aux tissus sous-jacents, et que, s'il était possible de déplacer un peu la masse par glissement, on ne pouvait la soulever. Les lésions vulvaires étaient pour la malade la cause d'une vive

(1) La planche à laquelle l'auteur fait ici allusion sera annexée à la deuxième partie de son mémoire.

anxiété. La plus grosse tumeur était l'origine de malaises locaux, surtout quand la malade était couchée, et, de plus, elle apportait quelque obstacle à la miction. Le retour et le développement continu de ces tumeurs, l'idée qu'il s'agissait là de lésions incurables, et pouvant devenir le point de départ de complications graves, tenaient la femme dans un état permanent de terreur. Cela se dégageait, en une certaine mesure, de sa profonde émaciation, de son affaiblissement, de la perte de son appétit, et de l'expression inquiéte de sa physionomie. Mari et femme insistaient pour qu'on procédât à l'extirpation des tumeurs vulvaires.

Au mari, je fis comprendre qu'une semblable intervention ne pouvait être que palliative, que l'élément pathogène persisterait dans les ganglions infiltrés, qu'on ne pouvait s'attaquer à ceux-ci avec aucune certitude de réaliser une extirpation complète, et que cela entraînerait une plaie opératoire étendue. J'insistai également sur le fait de la première récidive et laissai entendre que l'affection était susceptible de faire un semblable retour. D'autre part, il fut tenu compte des conditions qui favorisaient l'action du chirurgien sur les tumeurs vulvaires, et aussi de la possibilité d'une cicatrisation parfaite (ainsi que cela a été fréquemment observé à la suite de l'extirpation de sarcomes et de sarcomes pigmentaires). En somme, on décida que l'opération serait faite, et elle fut pratiquée le 16 juin, en présence des docteurs Horrow et Trenholme.

Ayant exercé une certaine traction sur la tumeur, je la cernai avec une anse galvano-caustique, portée au rouge sombre, le plus près possible de sa base. Au moment où le fil galvanique était bien enfoncé dans le tissu, la batterie de l'appareil (qui justement arrivait de chez le fabricant et qu'on supposait en parfaite condition) cessa de fonctionner. Je sectionnai alors la tumeur immédiatement au-dessus du niveau normal de la petite lèvre et me mis en devoir d'extirper sa base fragment par fragment. Ce fut là une tâche longue, fatigante, pour laquelle je me servis surtout de l'ongle du pouce, et que je menai à bien grâce à des manœuvres prudentes, prolongées, de grattage, etc. De cette façon, j'enlevai tous les tissus malades, et mis à découvert les fascias qui présentaient une surface absolument lisse. Je m'appliquai, ainsi, à ne laisser aucune trace, aucun filament de tissu dégénéré dans la région avoisinante. L'hémorrhagie fut très faible. Quant au traitement consécutif, il consista dans la réalisation d'une absolue

propreté, dans l'application sur la plaie d'une petite quantité d'iodoforme et d'un pansement avec de la gaze ordinaire. La cicatrisation complète, que dans les derniers moments on hâta par quelques attouchements avec le nitrate d'argent, fut obtenue en vingt-quatre jours. Plus tard, on apercevait au niveau du point où s'insérait primitivement la tumeur, une cicatrice petite, atrophique et plissée.

La santé de la femme s'améliora d'une façon très manifeste. Elle reprit des forces et du courage, et regagna 5 livres comparativement à ce qu'elle pesait avant l'opération ; elle ne pesait qu'une livre en plus au temps où elle avait atteint le poids le plus élevé. En octobre, je commençai le traitement par les injections sous-cutanées de liqueur de Fowler, traitement que j'avais désiré mettre en pratique dès le mois de juillet. Durant une période de deux mois, la femme reçut des injections dont les doses au début étaient de sept gouttes et à la fin de dix. Dans l'intervalle, elle fit un abcès. Les injections, pratiquées avec les précautions antiseptiques les plus minutieuses, étaient faites à la cuisse, et le plus près possible de la masse volumineuse ganglionnaire située dans l'aine gauche. Par suite de préférences manifestées par la malade, l'arsenic fut ensuite administré par la bouche, et comme, au bout d'un certain temps, il détermina un certain nombre de malaises, l'emploi du médicament fut suspendu. Le résultat de ce traitement arsenical, de trois mois, fut le retrait de la tumeur, qui devint manifestement plus mobile et plus nettement lobulée à sa face supérieure.

En décembre 1887, la malade accusa une sensation de refroidissement au niveau du talon gauche ; en juin 1888, son appétit commença à décliner. A cette époque, elle éprouva de l'engourdissement dans la jambe gauche et dans le bras correspondant, troubles de la sensibilité auxquels s'ajouta un certain dégré d'impotence musculaire. En avril, la pupille droite devint le siège d'une dilatation persistante et l'on constata une hémianesthésie droite de la face. Les phénomènes paralytiques et les troubles de la sensibilité persistèrent, le marasme survint, et la malade succomba le 26 juillet 1888, treize mois environ après la dernière opération, et trois ans après l'apparition du néoplasme primitif. Durant les derniers six mois de sa vie, elle reçut, dans une ville éloignée, les soins d'un autre médecin.

OBSERVATION II (GÖTH)

La malade, dont l'âge n'est pas indiqué, a été vue pour la première fois en février. Elle a toujours joui d'une bonne santé et n'a pas eu d'enfants. Il y a deux ans, elle constata le développement, au niveau de la vulve, d'une tumeur qui ne causait ni gêne ni souffrances. Göth constata une tumeur arrondie, à surface régulière, grosse comme le poing, de coloration bleu noir, non douloureuse à la pression, mais ayant une tendance à saigner, et le siège, à sa surface, d'ulcérations multiples, produites par la chute de l'épithélium. Un examen attentif permit de reconnaître que la masse totale était constituée par deux tumeurs, la supérieure plus grande, et l'inférieure plus petite, qui pendaient à côté l'une de l'autre et paraissaient ne former qu'une seule masse, quand la femme était couchée. La supérieure, développée aux dépens de la portion supérieure de la petite lèvre gauche, s'étendait au-dessus du prépuce du clitoris et au-dessous de la petite lèvre droite, sur un certain trajet; ses dimensions étaient : longueur 7 centim., largeur 5 centim., épaisseur 2 centim. 1/2. La nodosité plus petite paraissait émaner de la portion inférieure de la petite lèvre gauche. En arrière, elle se prolongeait jusqu'au bord postérieur de la vulve où elle se terminait par une série de digitations. Les deux tumeurs étaient traversées par des fissures superficielles, auxquelles elles devaient quelques inégalités de surface et un aspect lobulé. Elles comprimaient, écartaient l'urèthre de son axe normal, et obstruaient l'orifice vaginal. Il n'y avait pas d'engorgement ganglionnaire, et la malade paraissait être dans d'excellentes conditions.

Opération après anesthésie chloroformique. La masse supérieure, ayant été fortement attirée en haut et en avant, fut attaquée par transfixion avec un bistouri à pointe aiguë, et excisée. Quant à la masse inférieure, elle fut enlevée après incision profonde, prolongée jusque dans la paroi postérieure du vagin. On s'appliqua à ne laisser aucune trace d'éléments de tissu douteux. Enfin, grâce à des précautions antiseptiques minutieuses, une cicatrisation parfaite se fit en quatre semaines. Göth signale les particularités suivantes : a) l'évolution relativement bénigne du néoplasme ; b) l'absence d'infiltration des ganglions; c) l'absence de récidive, cinq mois après l'extirpation.

OBSERVATION III (TERRILLON) (1)

OBSERVATION IV (MULLER)

Ce cas, dans lequel l'âge de la malade n'est pas noté, et où les détails cliniques font en grande partie défaut, a été extrait du journal de Martin (Berlin), après sa mort, par son assistant Müller.

Le chirurgien avait enlevé une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie, qui comprenait le clitoris. La femme était dans un état de faiblesse trop grande pour qu'on se fût risqué à extirper les ganglions inguinaux engorgés. Elle mourut douze jours après l'opération. A l'autopsie, on trouva des sarcomes mélaniques dans le cerveau, les poumons, le péricarde, le foie, la rate, les reins, le cul-de-sac rétro-utérin, la vessie, les ligaments ronds, l'estomac, le jéjunum, la glande thyroïde, la trachée, les premières bronches, les ganglions rénaux, mésentériques, et inguinaux. Il n'est pas certain que l'affection ait débuté sur le clitoris. Mais il semble que le chirurgien ait dans ce cas obéi au vieil adage « *mieux vaut tard que jamais* ».

(*A suivre.*)

INTOXICATION MORTELLE PAR LE SUBLIMÉ

Par **H. Legrand**,
Interne des hôpitaux de Paris, aide préparateur d'histologie à la Faculté.

Le sublimé a fait ses preuves en chirurgie et en obstétrique, et le nombre des femmes qui lui doivent la vie se déduirait facilement de la comparaison des anciennes statistiques de nos Maternités avec les plus récentes.

Mais le précieux antiseptique peut causer des accidents terribles, si son usage n'est pas réglementé et surveillé de la façon la plus continue et la plus scrupuleuse.

L'observation qui suit, est la relation d'un cas malheureux

---

(1) Vid. in *Ann. de gynéc. et d'obst.*, juillet 1886, p. 1, où le lecteur trouvera *in extenso* le travail de M. Terrillon.

d'hydrargyrisme aigu, mortel, survenu sous nos yeux à la suite de deux injections intra-utérines de sublimé à un pour deux mille (liqueur de Van Swiéten dédoublée). Il y a peu d'années, notre observation aurait eu plus d'importance, et le lecteur pourra la comparer aux faits déjà mentionnés par Stadtfeld (1), Doléris et Butte (2), Mangin (3), G. Braun (4), par notre ami Berthod (5), par Virchow (6), etc., etc., pour ne citer que les cas les plus récents, observés en obstétrique et terminés par la mort.

Sur le conseil de notre excellent maître, M. le Dr Champetier de Ribes, nous publions cette observation, parce qu'elle est de celles qu'on ne doit pas passer sous silence, précisément à cause de l'intérêt *capital* qu'elle renferme.

Bien caractérisée au point de vue clinique, elle nous a permis d'étudier en détail les lésions visibles à l'autopsie, et les lésions microscopiques de l'hydrargyrisme aigu.

Une analyse chimique (7) des reins et du foie la complète.

Cette observation nous permet enfin de présenter quelques réflexions sur le mécanisme probable de l'intoxication dans ce cas, et les conclusions utiles qui en sont la conséquence.

Obs. — Avortement gémellaire. — Rétention du placenta. — Deux injections intra-utérines, avec la solution de sublimé à 1 pour 2000. — Hydrargyrisme aigu. — Mort. — Autopsie. — Examen histologique (8).

Ernestine Dem..., 22 ans, infirmière, entre dans le service d'accouchements de la Charité (M. le Dr Budin suppléé à cette épo-

(1) STADTFELD. In mémoire de Doléris et Butte.

(2) DOLÉRIS et BUTTE. *Nouv. arch. d'obst.*, 1886.

(3) MANGIN. *Nouv. arch. d'obst.*, 1887.

(4) G. BRAUN. Wiener med. Woch., 1886.

(5) BERTHOD. *Gaz. méd. Paris*, 1887.

(6) WIRCHOW, Berlin. Klin., Woch., 1888.

(7) Nous adressons nos remerciements à nos amis, L. Winter et Viossat, ancien interne et interne en pharmacie, qui ont bien voulu pratiquer ces analyses au laboratoire de M. le professeur Hayem.

(8) Les pièces et préparations anatomo-pathologiques ont été présentées à

que par M. le Dr Champetier de Ribes) dans la nuit du 24 au 25 décembre 1888.

Pas d'antécédents héréditaires ou de maladie antérieure ayant pu vraisemblablement déterminer de lésions prédisposantes (néphrite, entérite, etc.).

Enceinte une première fois en 1885, elle conduisit à terme une grossesse normale. Réglée pour la dernière fois en août 1888, la malade a eu pendant les premiers jours d'octobre une métrorrhagie abondante. La grossesse actuelle serait postérieure à cet accident.

Le 17 novembre elle est entrée dans un service de médecine et s'est laissée soigner pour une métrite, en dissimulant les signes subjectifs de grossesse qu'elle éprouvait. A deux reprises elle a perdu du sang en notable quantité : la métrorrhagie n'a cédé la seconde fois qu'aux potions d'ergotine, à la glace sur le ventre et aux injections très chaudes.

Les choses en étaient là quand le 24 décembre, en pleine recrudescence des douleurs de reins et de l'hémorrhagie, elle expulsa, vers le milieu de la nuit, un fœtus pesant 70 gr. et long de 18 centim. La délivrance fut tentée par la méthode des tractions, nous vîmes plus tard que le cordon avait été rompu à son insertion placentaire; mais tout l'arrière-faix restait dans l'utérus, l'hémorrhagie persistait. C'est dans cet état que la malade fut transportée dans le service d'accouchement, où l'écoulement de sang s'arrêta spontanément.

25 décembre, 1 heure du matin. Expulsion de quelques caillots. Pas de frissons, pas de fièvre, température 37°. La malade est pâle, épuisée, anémiée. Le toucher fait sentir quelques caillots dans le vagin; un col volumineux et entr'ouvert largement. Rien ne flotte dans la cavité utérine. L'utérus s'élève à égale distance de l'ombilic et du pubis; sa forme est globuleuse, sa consistance ferme. On fait une injection vaginale avec deux litres de solution de sublimé à 1 pour 2000. La malade ne pouvant uriner spontanément est sondée dans la matinée ; l'urine est claire et ne contient pas d'albumine ainsi qu'aurait pu le faire croire sont teint

---

la Société anatomique, le 26 avril 1889 : une erreur de composition a fait mettre « solution au 2/1000 » dans le titre de notre observation publiée dans les bulletins, au lieu de solution au 1/2000.

pâle et son visage d'apparence infiltrée. Les malléoles n'ont pas d'œdème. M. Champetier de Ribes examine la malade vers 10 heures du matin, constate que les choses sont dans le même état que ci-dessus; comme la malade venait d'un service de médecine, il ordonne trois injections intra-utérines dans le courant de la journée, avec la solution du sublimé à 1 pour 2000; des injections vaginales fréquentes alternativement avec le sublimé, l'eau phéniquée et l'acide borique, potion de Todd, thé. La malade est placée dans une chambre d'isolement.

2 heures de l'après-midi. On fait une première *injection intra-utérine avec dix litres de solution de sublimé à 1 pour* 2000, au moyen de la sonde intra-utérine en celluloïd de M. Budin et en tenant le récipient (bock) à bout de bras, c'est-à-dire à environ 80 centim. ou 1 m. au-dessus du plan du lit. *Immédiatement après on fait passer encore quatre litres de solution boriquée à* 2 *pour* 100. Peu de temps après surviennent des contractions régulièrement espacées, douloureuses.

5 heures. *Deuxième injection intra-utérine avec les mêmes quantités des mêmes solutions.* On constate en introduisant la sonde que le col est plus dilaté, l'orifice interne plus largement ouvert que l'externe. Une portion de l'œuf flotte dans la cavité utérine. Cinq minutes environ après le début de l'injection, la malade profère des plaintes : elle dit éprouver de violentes douleurs dans le bas-ventre. On termine l'injection, l'écoulement se faisant toujours bien ; mais peu d'instants après, la malade est prise brusquement de nausées bientôt suivies de vomissements alimentaires.

Minuit. Miction spontanée. Aspect et quantité normales. Le col est plus largement ouvert; en partie effacé; partout où le doigt peut atteindre dans la cavité utérine, on arrive sur une masse spongieuse,de consistance placentaire.Les contractions sont de plus en plus fortes; dans l'intervalle, le ventre n'est pas douloureux.

Le 26. Dès 3 heures du matin. La femme paraissant mal, on me prévient; je constate un léger écoulement sanguin et par le toucher je reconnais entre la masse spongieuse et le col un fœtus engagé par le siège. Je l'extrais sans difficulté; il est aplati par pression, non macéré, de même volume que le premier. *Je fais séance tenante une injection intra-utérine avec quatre litres d'eau boriquée à 2 pour* 100.

Les injections vaginales de la veille et de la nuit ont été faites toutes les 2 heures alternativement avec du sublimé à 1 pour 2000, de l'eau boriquée à 2 pour 100, et de l'eau phéniquée à 1 pour 100.

A 5 heures 1/2 perte peu abondante.

A la visite on constate que la malade a de la stomatite. Dans la journée un peu de diarrhée ; mictions spontanées, urine d'aspect normal. Quelques nausées, pas de fièvre (37°,5).

A partir de ce moment on n'a plus fait aucune injection intra-utérine ou vaginale avec la solution de sublimé.

11 heures du soir. Le placenta unique pour les deux embryons est expulsé spontanément; pas de fétidité. Il reste dans l'utérus des fragments de la caduque et du chorion. Injection intra-utérine avec de l'eau bouillie phéniquée à 1 pour 100, et de l'eau boriquée à 2 0/0.

Le 27. La température est normale. La malade se plaint de coliques persistantes. La bouche est en mauvais état. Gingivite, salivation abondante, haleine fétide; diarrhée presque continuelle. On n'a pas recueilli d'urine de la journée; dans la soirée la sonde est introduite à 2 reprises différentes; *anurie.*

Le 28. L'anurie persiste depuis 24 heures ; diarrhée aqueuse très abondante. Température entre 37° et 37°,5. La langue est enduite d'une couleur grisâtre, épaisse ; sa face inférieure, qui la veille présentait quelques petites efflorescences rouges, est dépouillée de façon à figurer deux larges ulcérations grisâtres, gencives rouges; salivation extrêmement abondante; horrible fétidité de l'haleine. Régime lacté absolu; eau albumineuse; grands lavements d'eau de son.

Les 29, 30 et 31. Diarrhée fétide, muqueuse, *frai de grenouille,* avec ténesme rectal très marqué, simulant une violente dysenterie. Les selles contiennent des stries sanguinolentes, de petits caillots de sang, et des membranes blanchâtres ou teintées en jaune sale. La malade a dû uriner un peu. Exulcération de la voûte palatine.

Gargarismes et grands lavements.

1er janvier. La malade se trouve mieux; l'état local de la bouche paraît meilleur. Le visage est pâle et bouffi; les jambes un peu œdémateuses ; hyperesthésie des jambes, surtout à droite. Le soir, *hypothermie,* 36°,4 à 4 heures ; à 7 heures 36° ; délire tranquille.

La respiration est rapide, très profonde, avec effort des mus-

cles respirateurs accessoires. A l'auscultation on entend partout des sibilances et des bulles humides sous-crépitantes. Respiration un peu soufflante à la base gauche. Bruits du cœur sourds, précipités, la main appliquée sur la poitrine ne perçoit qu'une faible ondulation. Pouls extrêmement rapide.

10 heures du soir. — Refroidissement périphérique très sensible à la main. La malade est inerte dans le décubitus dorsal. L'intelligence persiste.

Mort à 7 heures du matin.

AUTOPSIE, 24 heures après la mort.

Tube digestif. — La bouche présente un certain nombre d'ulcérations à la voûte palatine, à la face inférieure de la langue et aux gencives. L'œsophage, l'estomac et l'intestin grêle nous ont paru indemnes de lésions. Tout le gros intestin est couvert d'eschares et d'ulcérations. Elles apparaissent dans le cæcum ; deviennent plus fréquentes et plus grandes dans le côlon ascendant ; diminuent un peu de nombre dans le côlon transverse ; augmentent de nouveau dans le côlon descendant, pour acquérir leur maximum de fréquence et de grandeur dans le rectum jusqu'au voisinage de l'anus.

D'une façon générale, ces lésions occupent les points saillants, les plis transversaux de la muqueuse intestinale : tantôt elles sont isolées et arrondies, le plus souvent elles affectent la forme d'un îlot allongé transversalement ; elles ne font pas le tour complet de l'intestin. Vers la partie inférieure du rectum, occupant toujours la partie saillante des plis de la muqueuse, elles deviennent longitudinales comme les plis du rectum. Par places on voit des bandes, dont la direction est respectivement perpendiculaire, de sorte que l'aspect est pour ainsi dire quadrillé. Les eschares sont d'un gris jaunâtre, ayant l'apparence d'une fausse membrane, dures au toucher ; elles adhèrent encore assez fortement au tissu sous-jacent et à la périphérie de quelques-unes on voit se creuser un sillon rougeâtre d'élimination.

Lorsque l'eschare est tombée, on trouve une ulcération intéressant la muqueuse ; le contour en est ovalaire ou arrondi, les bords un peu épais, non décollés, le fond grisâtre ou rosé et bourgeonnant.

Après l'intestin, *les reins* nous ont paru le plus malades.

Le rein droit pesait 210 gr. ; le gauche 200 gr.

Ils sont volumineux, pâles, blancs, avec des étoiles de Verheyen très marquées. Leur consistance au toucher et à la coupe est molle. La capsule s'enlève très bien. La substance corticale est d'une couleur saumon, sur laquelle les pyramides se détachent en rouge brique foncé. A la coupe, on voit suinter une sérosité rougeâtre comme s'il y avait une infiltration œdémateuse du viscère.

Le rein droit paraissait un peu plus malade.

La *vessie* revenue sur elle-même, saine, ne contenait pas de liquide.

L'*utérus* et les organes génitaux présentaient un aspect normal; leur surface péritonéale était absolument saine, sans vascularisation, sans exsudat et sans adhérences anormales pouvant faire supposer une irritation même légère. La muqueuse utérine était recouverte de légers détritus grisâtres disparaissant rapidement sous un filet d'eau, et sous lesquels l'aspect rosé normal était visible autour de la surface d'insertion placentaire demeurant un peu rugueuse. Trompes normales.

Le *pancréas* et la *parotide* avaient à l'œil nu l'aspect ordinaire.

Le *foie* pesant 1460 gr. était d'aspect normal, pâle.

La *rate*, 160 gr. idem.

Le *cœur*, 250 gr. un peu chargé de graisse.

Les *poumons* présentaient seulement un peu de bronchite et d'infiltration œdémateuse des bases.

Examen chimique. — Notre ami Winter, ancien interne en pharmacie, préparateur de M. le professeur Hayem, a bien voulu examiner chimiquement l'un des reins et un morceau du foie. La présence du mercure a été constatée dans les reins seulement.

Nous nous sommes efforcé avec différents réactifs, et notamment l'acide sulfhydrique et le sulfhydrate d'ammoniaque, de localiser microchimiquement le mercure dans les viscères et les éléments anatomiques, comme nous l'avons fait récemment pour le plomb (1), nous n'avons dans ce cas obtenu aucun résultat.

Examen histologique. — Les fragments ont été reçus dans l'alcool, la liqueur de Müller, et durcis soit par la gomme et l'alcool, soit par l'alcool absolu.

Le *gros intestin* a été coupé en divers points, en particulier dans

(1) Un cas de saturnisme héréditaire. *Soc. biologie*, 1888.

les endroits où existaient les eschares d'apparence pseudo-membraneuse jaunâtre, perpendiculairement à leur surface.

1° Dans l'intervalle des ulcérations, tout est d'apparence normale ; les cellules épithéliales des glandes folliculeuses montrent cependant un état de tuméfaction qui les transforme presque toutes en cellules caliciformes gorgées de mucus clair que l'on retrouve dans la lumière de la glande ou à la surface des coupes, formant un coagulum qui renferme de nombreuses cellules cylindriques desquamées. Il s'agit ici d'une simple irritation catarrhale.

2° Au niveau des ulcérations, les lésions sont plus complexes. En examinant un certain nombre de coupes prises en différents points, on peut suivre pour ainsi dire pas à pas le processus :

La lésion débute par un gonflement de la sous-muqueuse ; gonflement qui peut arriver à doubler et à tripler son épaisseur normale. Il se fait une diapédèse ou une prolifération considérable de cellules rondes dans tous les espaces conjonctifs qui se trouvent bientôt dilatés, présentant une sorte d'état spongieux, comme *hydrotomisé*. Les faisceaux conjonctifs sont distendus, tiraillés en tous sens. A ce stade, ils se colorent encore en rose ; les leucocytes déposés dans les espaces se colorent en rouge par le carmin, en bleu par l'hématoxyline, ils sont fortement granuleux. Les cellules adipeuses, normales, sont aussi nombreuses que dans les autres points. Par places on trouve des vaisseaux remplis de globules rouges, et aussi de petites hémorrhagies interstitielles, vers la surface. La couche glanduleuse est encore intacte ou présente des traces d'irritation catarrhale. La couche musculeuse paraît saine et du reste conserve toujours le même aspect, même au-dessous des lésions les plus profondes.

3° A un stade un peu plus avancé, le gonflement de la sous-muqueuse est encore augmenté ; en examinant les coupes avec un faible grossissement, on trouve au milieu de ce tissu gonflé un réseau irrégulier d'aspect rameux, marbré, fortement coloré en rouge par le picro-carmin. A première vue on le prendrait pour un réseau de vaisseaux congestionnés ; mais avec un fort objectif on reconnait qu'il s'agit d'un réseau formé par les cellules fixes plasmatiques unies par leurs prolongements devenus très apparents et présentant un aspect finement grenu. Ces éléments se colorent fortement en rouge par le carmin ; l'hématoxyline ne les colore

pas; la réaction de Weigert pour la fibrine les colore au contraire nettement. On ne voit pas les noyaux de ces cellules fixes dont la substance a été profondément modifiée. La couche glandulaire commence dès lors à être altérée. D'abord le fond des glandes puis toute leur paroi se colore plus fortement en rouge foncé par le carmin; en même temps la hauteur des glandes diminue progressivement, elles se fondent et disparaissent peu à peu.

4° L'ulcération est formée ; elle est limitée de tous côtés par des glandes en voie de disparition. Dans cet intervalle vient bomber la sous-muqueuse gonflée, dont les altérations ont encore augmenté. Dans les couches profondes, on trouve encore le réseau rouge foncé des cellules plasmatiques, avec des faisceaux fibrillaires colorés en rose et les leucocytes remplissant tous les espaces. Quelques cellules adipeuses persistent, mais elles se font rares. A mesure que l'on approche de la surface l'aspect change. Les faisceaux conjonctifs cessent de se colorer en rose; ils deviennent vitreux, brillants, de couleur ambrée. Le réseau rouge des cellules fixes n'est plus aussi apparent. Les leucocytes sont au contraire plus abondants que jamais et forment des amas et des nappes volumineuses.

Près de la surface libre, on ne trouve plus qu'une substance finement grenue ou fibrillaire d'aspect homogène à peine colorée ; sillonnée encore çà et là par des travées brillantes, ambrées, reste des faisceaux conjonctifs mortifiés. Les leucocytes ne se colorent plus pour la plupart et leurs débris forment la matière grenue qui donne à ce tissu un aspect compact. Par places enfin la mortification paraît complète, le tissu ne se colore plus et l'eschare nécrosée est prête à tomber dans la cavité intestinale. Son aspect est grenu, filamenteux, et l'on y trouve çà et là des granulations foncées qui lui donnent son aspect jaunâtre et paraissent être du pigment biliaire ou hématique. Il n'y a pas de fibrine dans la constitution de ces eschares ayant l'apparence de fausses membranes.

Sur d'autres points on trouve un véritable processus d'élimination, caractérisé par un sillon, et une zone active de prolifération embryonnaire.

Ajoutons un détail que nous ont montré les préparations faites par la *méthode de Weigert pour colorer la fibrine;* l'eschare et le tissu exubérant des ulcérations sont infiltrés de nombreuses

bactéries ; on y trouve surtout un bacille ayant à peu près la forme du bacille de la tuberculose, mais notablement plus gros et plus facile à colorer. Cette constatation est à faire désespérer de la réalisation de l'antisepsie intestinale, au moins par le sublimé !

Reins. — Les fragments ont été placés dans l'acide osmique en solution à 1 pour 100, dans la liqueur de Müller et dans l'alcool. Les lésions doivent être étudiées au niveau de la substance corticale, au niveau de la base des pyramides, au niveau de leur sommet.

1° *Dans la substance corticale, les glomérules de Malpighi* sont en général diminués de volume, flétris, anémiés ; un espace clair les sépare de la capsule de Bowmann ; aucun exsudat ne remplit cet espace. Les noyaux du bouquet vasculaire sont plus nombreux qu'à l'état normal ; il existe un certain degré de glomérulite.

Les *tubes contournés* sont profondément altérés dans leur épithélium réduit à une mince bandelette accolée contre la paroi. Ces bases de cellules sont fusionnées ensemble, en une substance opaque, colorée en rouge brun par le picro-carminate, en brun foncé par l'acide osmique ; ici les noyaux sont absents, probablement éliminés : ailleurs ils sont au contraire volumineux, saillants et presque libres dans la cavité du tube, peu colorés. En beaucoup de points ces restes d'épithélium sont détachés de la paroi, flottants dans la cavité, ou même totalement absents ; la lumière des tubuli se trouve donc souvent largement béante. en d'autres points on la trouve obstruée par une substance amorphe, transparente, non réfringente, colorée en gris clair par l'acide osmique, en rose tendre par le carmin. De place en place, on voit des boules hyalines tranchant par leur aspect clair, incolore, au milieu de cette substance, Les capillaires situés entre les tubulis ne sont pas apparents. Ils sont aplatis, vides de globules ou n'en renferment que très peu.

2° *Au niveau de la base des pyramides de Malpighi*, l'attention est attirée par les pyramides de Ferrein qui renferment presque toutes parmi leurs autres tubes, deux ou trois conduits dilatés dépourvus d'épithélium de revêtement, triples ou quadruples de volume, et remplis de boules volumineuses d'aspect tout particulier. Ces boules sont tassées les unes contre les autres, arrondies, à contour net, nullement fusionnées entre elles, aucune substance

ne les enveloppe comme d'une gangue commune. Sans coloration, elles sont ambrées, brillantes, vitreuses. Elles se colorent facilement et d'une façon homogène par les divers réactifs, de sorte que l'attention est attirée rapidement sur elles : l'acide osmique les colore en brun foncé, le picro-carmin en orangé brillant, le carmin d'alun en rouge violacé. La réaction de Weigert pour la fibrine (action successive du violet de méthyle, de l'iode, de l'huile d'aniline et xylol) ne les colore pas. L'hématoxyline les colore fortement. Elles ne sont dissoutes ni par l'acide acétique ni par l'éther. La nature de ces boules nous échappe ; il est remarquable toutefois qu'elles affectent les réactions de coloration de la substance des noyaux. Ces tubes à boules vitreuses ne se rencontrent que dans les pyramides de Ferrein et la partie avoisinante de la base des pyramides.

3° *Dans la substance des pyramides*, on remarque bien vite que presque tous les tubes ont une paroi peu altérée, mais sont remplis complètement par des cylindres d'aspect *différent.* Les uns sont grenus, brunâtres, ils ne se colorent pas par le carmin ; le fort grossissement fait reconnaître qu'il s'agit de globules du sang plus ou moins altérés. Ce sont les plus nombreux ; plusieurs gros tubes de Bellini se montrent complètement obstrués par ces cylindres cruoriques. D'autres tubes sont remplis par des grains réfringents, ayant un peu l'aspect des boules vitreuses, mais n'en présentant pas les réactions de coloration. D'autres enfin contiennent des cylindres colloïdes repliés sur eux-mêmes, ayant un aspect onduleux dans l'intérieur du tube. Aucun tube ne contenait de substances calcaires regardées par Saenger comme caractéristiques des néphrites mercurielles. Les vaisseaux de la pyramide sont gorgés de sang et en beaucoup d'endroits les globules sont manifestement épanchés dans les interstices du parenchyme.

Faisons remarquer enfin qu'il n'existe dans ces reins aucune prolifération interstitielle, sauf peut-être au niveau des glomérules ; et que, de plus, nulle part l'acide osmique n'a déterminé de coloration noire opaque, indice de dégénération graisseuse.

Foie. — Les coupes ont porté sur des fragments provenant de parties centrales du lobe droit, et du bord tranchant du lobe gauche. L'aspect de ces deux portions est très différent.

Sur les coupes provenant de la masse du viscère, l'aspect est à peu près normal ; pas de prolifération interstitielle ; pas de con-

gestion des vaisseaux. Les noyaux des cellules hépatiques ont leur volume normal, se colorant bien, rendus cependant moins apparents que d'ordinaire par un aspect un peu trouble du protoplasma.

Les coupes ayant porté sur le bord tranchant du lobe gauche ont tout d'abord un aspect moins foncé, le protoplasma des cellules est moins opaque. Avec un grossissement un peu fort (4, Verick) on est bientôt frappé par l'aspect particulier des noyaux des cellules hépatiques. Ces noyaux paraissent beaucoup plus abondants, ils sont très apparents, augmentés de volume, tuméfiés, et par points semblent se toucher; de plus au lieu d'être colorés, ils sont clairs, presque réfrigents; on les prendrait pour des globules graisseux, si avec un peu d'attention on ne remarquait qu'ils sont limités par un contour net, coloré, et renfermant au centre de chacun d'eux une matière chromatique affectant des formes différentes. On remarque, avec le même grossissement, que l'abondance de ces noyaux est variable dans les différentes régions de la coupe : il en existe çà et là des *nids*, et en examinant un certain nombre de points de la préparation, on voit qu'il y a dans la répartition de ces nids une véritable ébauche de *systématisation*. Le voisinage des veines portes renferme le plus grand nombre de ces noyaux; au voisinage même de la veine, ils deviennent particulièrement abondants. Par places il n'y a presque plus de protoplasma pour indiquer la direction des trabécules hépatiques; partout, on ne voit que des petits cercles clairs, à contour net. Il résulte de cette disposition que les nids occupent le centre du lobule porto-biliaire, que plusieurs de ces nids peuvent se voir à la périphérie du lobule sus-hépatique, sur lequel ils empiètent chacun pour sa part : sans limite bien nette; de sorte que si l'on considère maintenant le lobule sus-hépatique on le voit entouré d'une zone périphérique de cellules à noyaux tuméfiés. Ajoutons que cette disposition doit être cherchée sur certains lobules dont l'orientation a été favorable à la coupe, et que, dans beaucoup d'endroits, la *tuméfaction claire des noyaux* a gagné le centre même du lobule et le voisinage de la veine sus-hépatique, de sorte que la systématisation susdite n'est plus aussi apparente. Les voies biliaires et leur voisinage ne présentent rien de spécial.

Les forts grossissements permettent de mieux étudier les noyaux atteints de *tuméfaction claire*. Toutes les colorations :

picro-carmin, carmin d'alun, hématoxyline, safranine ont réussi. Ces noyaux peuvent se présenter avec quelques différences d'aspect dénotant les divers stades d'une évolution aboutissant à la *division par karyokinèse*, mais nous devons dire que pour le plus grand nombre des noyaux le processus est arrêté aux premiers degrés de l'évolution, soit que la division indirecte se prépare, soit que les cellules aient été déjà divisées ainsi que le fait penser le nombre considérable des noyaux. Il faut chercher çà et là les véritables figures karyokinétiques. Les noyaux sont d'abord arrondis, doublés ou triplés de volume. Leur substance est claire, incolore, presque réfringente et tranche sur le protoplasma granuleux, dont il semble que le noyau cherche à se dégager en se plaçant à la périphérie de la cellule. Le contour du noyau est net, limité par une ligne pure, fine et délicatement colorée. Au centre se voit la substance chromatique nette, fortement colorée et présentant des formes différentes : ce sont tantôt des granulations réunies en amas, tantôt un filament commençant à se dérouler, formant deux petites masses unies par un boyau. Telles sont les figures observées dans presque tous les noyaux. Sur d'autres plus volumineux encore devenus elliptiques, on voit la substance chromatique refoulée près des extrémités du grand axe, et affectant la forme de deux parenthèses à concavité tournée vers le centre de la figure.

On peut trouver quelques noyaux en pleine division avec l'étranglement de leur substance ; d'autres enfin viennent de se diviser et restent encore accolés par des surfaces aplaties. Au centre de chacun s'est reproduit le peloton de substance chromatique. Les formes les plus volumineuses sont les noyaux elliptiques dans lesquels la substance chromatique est refoulée aux deux extrémités ; ils atteignent jusqu'à 18 et 20 μ. dans leur plus grand diamètre. Ajoutons que l'action de l'acide osmique sur ces coupes n'y a décelé aucune gouttelette graisseuse.

Pancréas. — Les coupes de pancréas nous ont montré une glande normale et parfaitement conservée. Les canalicules excréteurs paraissent seulement obstrués par des cellules desquamées, mais tous les acini et les cellules sont visibles et cette conservation même des éléments d'un pancréas recueilli au bout de 24 heures constitue un fait intéressant, car on sait que la glande se digère habituellement elle-même au bout de très peu de temps. Sous l'in-

fluence de l'intoxication mercurielle n'y a-t-il pas eu destruction ou arrêt de production des ferments pancréatiques ?

Parotide. — La parotide présente une altération parenchymateuse profonde. Les coupes sont opaques, fortement colorées en rouge par le picro-carmin. Par places seulement on trouve un groupe d'acini présentant l'aspect clair normal et des cellules intactes.

Avec un fort grossissement on voit que la plupart des acini sont flétris et renferment un amas granuleux dans lequel on ne reconnaît plus que difficilement le contour des cellules et les noyaux.

Réflexions. — Au point de vue clinique, cette observation est absolument classique, et les symptômes d'anurie, de diarrhée dysentériforme sont tout à fait en rapport avec les lésions de néphrite aiguë, avec les ulcérations multiples et profondes que nous avons constatées dans tout le gros intestin.

Dans la note que nous avons remise à la Société anatomique, nous avons attiré l'attention sur le processus de formation des ulcérations intestinales, sur les lésions d'irritation parenchymateuse constatées dans les reins, le foie, la parotide ; nous n'y reviendrons pas ici.

Il nous reste donc à présenter quelques réflexions sur le mécanisme probable de l'intoxication dans ce cas, en profitant des recherches et des mémoires antérieurement publiés sur la matière par des auteurs nombreux et des plus autorisés.

Notre malade ne paraissait avoir aucune lésion rénale la prédisposant à l'intoxication ; mais on se souvient qu'elle avait eu de nombreuses hémorrhagies avant l'avortement. La pâleur de son teint à son entrée dans le service était l'indice d'une anémie profonde. Plusieurs auteurs et notamment G. Braun ont insisté sur la fréquence et l'intensité des accidents mercuriels chez les femmes épuisées par des hémorrhagies.

Voyons maintenant comment une dose toxique de sublimé a pu être absorbée au cours des deux injections intra-utérines, que nous avions immédiatement fait suivre d'un lavage à l'eau boriquée, afin d'empêcher, croyions-nous, toute résorption !

Nous n'insisterons pas sur le mécanisme si controversé du passage direct du liquide dans le péritoine, par les trompes. Il ne paraît guère réalisable sur le vivant, à moins que les trompes ne soient malades ; dans notre cas, elles étaient saines.

Le fait de la rétention du délivre dans l'utérus, au moment des injections, mérite plus de considération. Le placenta s'est-il imprégné, à la manière de l'éponge, d'une quantité de liquide, résorbée plus tard ?

Le placenta commun aux deux embryons, et continuant à vivre après l'expulsion du premier, a-t-il pu, durant les injections, absorber par osmose une grande quantité de liquide ?

Il n'est pas nécessaire, croyons-nous, d'invoquer ces hypothèses, car dans plusieurs observations des mémoires cités plus haut, l'intoxication s'est produite avec ou sans rétention du placenta, lorsque la grossesse était simple, et souvent avec une rapidité si grande, qu'il y a eu certainement pénétration directe du sublimé dans la circulation.

Tel ce cas de Mangin (1) dans lequel une malade accusa le goût métallique moins de deux minutes après une injection qui n'avait duré qu'une minute ; trois heures après ses gencives étaient saignantes.

On connaît les expériences de Klemm, de Hourmann et Danyau sur la tension du sang dans les sinus utérins ; ces auteurs montrent que théoriquement tout liquide en contact avec l'orifice béant des veines utérines sous une pression supérieure à 3 cent. de mercure, c'est-à-dire à 40 cent. d'eau pourra passer dans la circulation.

Rappelons même l'observation de Cederscjiold (1875) citée par Mangin. Il s'agissait d'une secondipare accouchée récemment, qui ayant eu une hémorrhagie, reçut une injection intra-utérine de perchlorure de fer. Il y eut une syncope immédiate ; la mort survint quelques instants après, et à

---

(1) MANGIN. *Loc. cit.*

l'autopsie, on trouva du perchlorure de fer dans les veines du bassin, dans la veine cave et jusque dans le cœur droit. L'utérus était en involution incomplète et les vaisseaux étaient béants dans la cavité utérine.

Il nous paraît infiniment probable d'après ces faits (et l'on en pourrait citer d'autres), d'après ces considérations physiologiques et les conclusions des mémoires cités plus haut, que dans notre cas, l'intoxication s'est produite par la pénétration directe du sublimé dans la circulation. La rétention du placenta dans un utérus peu développé, ayant une énergie d'involution moins grande qu'à une époque plus avancée de la grossesse, a favorisé vraisemblablement la béance des sinus utérins. Un léger excès de pression a pu faire en très peu de temps pénétrer une dose mortelle de poison.

La sonde de mon maître M. Budin ne saurait du reste être incriminée, car il est de toute évidence qu'avec n'importe qu'elle sonde ou canule connue, si le col utérin vient à se contracter, tout ou partie du placenta flottant dans l'utérus, il pourra toujours arriver qu'un lambeau de ce tissu spongieux vienne s'appliquer dans la rainure, entre les branches ou sur les yeux de sortie de l'instrument, à la manière d'un tampon d'étoupe.

A partir de cet instant, pour peu que le col se contracte, la pression se répartit sur toute la surface interne de l'utérus, conformément au principe de physique.

Les conclusions pratiques sont faciles à déduire ; Doléris et Butte, Mangin, Braun, etc., les ont tirées au grand complet et chacune est très importante.

Ne voulant pas les reproduire toutes, nous rappellerons les principales.

Le sublimé même en solution étendue, doit être employé pour les injections intra-utérines, avec circonspection. L'usage eu est dangereux surtout lorsqu'il y a rétention d'un placenta abortif dans l'utérus incomplètement développé.

Dans tous les cas, il nous paraît prudent de ne faire

usage que de pressions faibles, exactement déterminées, et ne dépassant jamais une colonne de 40 cent. d'eau. Enfin le libre écoulement du liquide doit être surveillé avec soin.

SALPINGO-OVARITE (1)

TRENTE-DEUX CAS DE SALPINGO-OVARITE TRAITÉS PAR LA LAPAROTOMIE

Par le Dr **Terrillon**, professeur agrégé, chirurgien de la Salpêtrière.

D. *Kystes de la trompe ou hydrosalpingites*. — Chez deux de mes malades j'ai trouvé des trompes oblitérées, à parois amincies, remplies de liquide transparent et citrin. Autour d'elles existaient des adhérences multiples qui les unissaient aux parois du bassin; l'ovaire était plus ou moins atrophié et son volume n'excédait pas celui du doigt.

Il s'agissait de vieilles salpingites, donnant lieu depuis plusieurs années, à des douleurs vives et tellement violentes, que la dernière malade opérée à la Salpêtrière, le 11 décembre 1888, me suppliait depuis quelques mois de la débarrasser de cette infirmité; j'hésitais à l'opérer à cause de l'absence d'autre symptômes graves. Actuellement, elle est guérie et ne souffre plus (obs. XII).

Ces trompes oblitérées et transformées en kystes séreux, mais ayant conservé la forme allongée, bosselée et irrégulière, qu'on a comparée à une saucisse, paraissent appartenir à un processus chronique déjà ancien, car le début de la maladie remontait toujours à plusieurs années.

Je serais assez disposé à penser qu'il s'agit là d'un liquide primitivement puriforme, dans une salpingite muco-purulente; liquide qui se serait transformé en sérosité.

Obs. XII. — *Hydrosalpingite ancienne.*

Mme L..., âgée de 41 ans, d'une bonne constitution, a été réglée à l'âge de 14 ans. Elle a eu trois grossesses à terme, mais la der-

(1) Voir *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, mai 1889.

nière, qui date de 11 ans, fut pénible et suivie de quelques accidents.

Depuis cette époque cette malade souffre dans le bas-ventre, ses règles sont prolongées, douloureuses, très abondantes et deviennent même de véritables métrorrhagies.

Pendant quelque temps elle fut soulagée par le port d'un pessaire, mais bientôt celui-ci fut insuffisant. Les douleurs augmentent depuis un an et la malade désire être opérée. L'utérus est mobile, le col gros et entr'ouvert; on trouve derrière lui à gauche une masse douloureuse qui lui est accolée.

A droite, en déprimant le cul-de-sac, on rencontre une lésion semblable.

La constipation est opiniâtre, car la paroi rectale antérieure est fortement comprimée.

Opération, 11 décembre 1888.

J'enlève deux trompes du volume du doigt, kystiques, transparentes, et adhérentes à deux ovaires fibreux, cicatriciels. Le gauche est très atrophié. On voit à la place du pavillon de la trompe une cicatrice triangulaire, les franges ont disparu.

La malade est actuellement guérie.

E. *Salpingite avec pelvi-péritonite.* — Je viens de passer en revue les différentes opérations que j'ai pratiquées pour des salpingites, mais j'insiste sur la remarque suivante : toujours ces ablations ont été faites dans une période de calme, les malades étant en ce moment dans un état de bonne santé relative. *en dehors des accidents aigus.* Cependant il existe une autre condition spéciale, dans laquelle l'intervention est plus rare et ne s'impose pas aussi nettement, au moins d'après les préceptes anciennement adoptés. Je veux parler de l'intervention chirurgicale pendant la période aiguë de l'inflammation péritonéale ou pendant la *pelvi-péritonite* aiguë qui accompagne le début d'une salpingite. Cette inflammation constitue un de ces accidents si fréquents et si souvent renouvelés de cette maladie.

Il s'agit de savoir, en un mot, si dans le cas de pelvipéritonite aiguë, plus ou moins étendue et plus ou moins grave,

on doit ouvrir l'abdomen, enlever les organes malades, et traiter chirurgicalement la péritonite.

Je ne vous cacherai pas que cette idée me semble très rationnelle, que rien ne me semble plus logique que d'arrêter non seulement l'inflammation, mais aussi de supprimer la cause constante des poussées péritonéales, quelquefois mortelles ou qui laissent toujours après elles les traces les plus graves.

Je crois que cette intervention hâtive, urgente, non seulement est indiquée, mais qu'elle doit être entreprise dans un grand nombre de cas. Mon expérience à ce propos n'est pas très grande ; cependant je vais vous rapporter trois faits qui me sont personnels et qui prouvent combien cette intervenvention peut être utile et combien elle mérite d'être discutée. Des faits semblables ont été publiés à l'étranger et ont donné déjà d'excellents résultats.

Obs. XIII

Au début de l'année 1888, je fus appelé en consultation par mon ami le Dr Thomas auprès d'une jeune femme âgée de 30 ans.

Après une fausse couche datant de quatre ans, elle avait eu des accidents. Ceux-ci avaient provoqué, six mois ensuite, une première poussée de pelvi-péritonite.

Depuis cette première attaque, la malade éprouvait tous les symptômes ordinaires de la salpingite double, mais sans grands désordres, lorsqu'elle fut prise brusquement, six jours avant ma visite, d'une poussée violente de péritonite, localisée d'abord au bassin mais paraissant vouloir se généraliser.

L'état était grave, le ventre dur et ballonné dans toute la région sous-ombilicale, le faciès altéré ; des vomissements constants, et le pouls filiforme.

Le médecin très inquiet me demanda mon avis.

Je n'hésitai pas, en voyant la gravité de ces symptômes, à proposer d'agir le plus tôt possible, et comme nous étions à une heure avancée de la soirée, je remis au lendemain une nouvelle visite auprès de la malade et les apprêts d'une intervention.

Le lendemain, en arrivant prés d'elle, je trouvai une amélioration faible, mais assez nette dans les symptômes et je renonçai à une intervention immédiate.

Ceci se passait le 25 mai 1888. La pelvi-péritonite diminua lentement, l'abdomen reprit sa souplesse, mais la malade resta maladive, languissante et souffrait cruellement. Aussi, je lui proposai l'opération radicale qui fut pratiquée le 7 juillet 1888.

Je trouvai les traces de la pelvipéritonite étendue qui avait eu lieu quelques semaines auparavant. Il existait des adhérences à l'épiploon et des adhérences entre les anses intestinales que j'eus de la peine à séparer. Enfin, j'enlevai deux trompes et les deux ovaires très adhérents dans le fond du bassin.

Les trompes étaient oblitérées et remplies de muco-pus.

La malade est actuellement guérie, sauf que chez elle il y a persistance de pertes sanguines assez régulières, malgré l'ablation totale des annexes, absolument comme chez la malade qui a été signalée plus haut au début de ce mémoire.

La réflexion qui me frappe à propos de ce cas est la suivante : dans cette circonstance, j'aurais mieux fait d'agir activement et de faire une opération dans la période aiguë.

En même temps, j'aurais enlevé les parties malades et j'aurais aussi arrêté cette phlegmasie extensive du côté du péritoine. — Cela est tellement vrai que la preuve de ce résultat heureux m'est fournie par le cas suivant : Quelque mois après, j'eus l'occasion de pratiquer une laparotomie et d'opérer une double salpingite et avec succès, dans un cas de péritonite généralisée qui menaçait la vie de la malade à brève échéance.

Obs XIV

Le 20 octobre 1888, je fus appelé auprès d'une malade âgée de 35 ans, par M. le Dr Dreyfus. Cette femme avait eu, à l'âge de 27 ans, une fausse couche qui avait laissé chez elle des troubles du côté des trompes.

Depuis cette époque, elle avait éprouvé quatre attaques de pelvi-

péritonite grave ; mais celles-ci avaient cédé aux moyens médicaux ordinaires.

Cette fois l'attaque survenue brusquement et sans cause, remontait à 8 jours. Les phénomènes allaient en s'accentuant et la péritonite au lieu de se localiser, semblait augmenter progressivement. L'état général était très alarmant, le pouls filiforme et la malade très affaiblie.

Je pratiquai, avec l'assentiment du médecin et de la famille, une laparotomie médiane. L'épiploon enflammé et adhérent se présenta aussitôt ; je pus le détacher et le refouler. A ce moment je vis sortir une certaine quantité de liquide trouble et rougeâtre, qui était en partie contenu dans les aréoles filamenteuses que je déchirais avec les doigts et qui entouraient les anses intestinales.

Ce fut avec peine que je pénétrai dans le fond du bassin et trouvai une trompe gauche grosse comme un pouce, adhérente et recouverte de fausses membranes très saignantes. Elle fut enlevée avec peine. Celle du côté droit était au contraire aplatie, recouverte de tractus anciens et impossible à déchirer. Je la laissai en place.

Un grand lavage avec l'eau bouillie et l'attouchement de toutes ces surfaces avec des éponges imbibées de sublimé permirent de nettoyer le fond du bassin et la plus grande partie des régions malades.

Deux gros tubes assurent le drainage.

L'opération avait duré une heure. Tout se passa d'une façon parfaite; la température baissa aussitôt, les vomissements disparurent et la malade s'améliora rapidement.

Après sept jours, j'enlevai les drains, ceux-ci laissèrent une fistulette qui se ferma en peu de jours. Actuellement la malade est guérie. Je suis persuadé que sans mon intervention cette malade serait morte de sa péritonite extensive.

Enfin je pourrais vous citer un dernier fait dans lequel l'intervention trop tardive n'a pas donné de résultat, malgré tous mes efforts.

Obs XV

Appelé par le Dr Thierry auprès d'une malade atteinte d'une poussée aiguë et subite de péritonite, j'appris que cette malade

souffrait depuis dix-sept ans d'une affection des trompes, qui avait déjà causé, presque chaque année, une poussée de pelvi-péritonite.

Cette fois l'inflammation s'était généralisée ou à peu près, en quelques jours. Le ventre était ballonné; le faciès abdominal très marqué. Les deux symptômes les plus saillants étaient les vomissements et surtout une constipation rebelle causée par la compression du rectum par la masse inflammatoire du bassin.

Je vis la malade le 7 novembre, et proposai l'opération de la laparotomie. Il existait, à ce moment, une accalmie dans les phénomènes généraux. Cependant le ventre était entièrement ballonné; une plaque indurée occupait toute la région sous-ombilicale, et l'intestin ne fonctionnait presque pas. L'opération fut refusée, je n'osai insister. Pendant les jours suivants, les phénomènes généraux s'accentuèrent brusquement, et il survint un peu de pleurésie avec respiration difficile.

Appelé de nouveau le 12 novembre, je n'hésitai pas à proposer de nouveau l'opération qui seule pouvait sauver la malade. Elle fut chloroformée avec peine, à moitié asphyxiante.

J'ouvris l'abdomen et, après avoir déchiré des adhérences rouges, je pénétrai entre les anses intestinales, en faisant sortir une grande quantité de liquide rougeâtre et louche. Je libérai les intestins et atteignis le fond du bassin où je trouvai deux masses indurées, couvertes de fausses membranes mais très adhérentes et qui étaient composées de la trompe et de l'ovaire. En présence de la difficulté de l'ablation et du peu de résistance de la malade, je me contentai de nettoyer le péritoine et de placer deux gros drains. La suture abdominale fut pratiquée rapidement et la malade reportée dans son lit. Malheureusement l'asphyxie exagérée par le chloroforme augmenta de plus en plus, et elle mourut quelques heures après.

Je suis persuadé qu'une opération plus hâtive, alors que la malade était encore résistante, aurait pu éviter la mort, car cette opération était capable d'arrêter les accidents de la péritonite.

D'après les faits publiés à l'étranger et ceux que j'ai observés, il me semble qu'il y a là une intervention rationnelle,

dans le cas de pelvi-péritonite secondaire, grave et avec tendance à la généralisation.

On peut par cette intervention parer d'emblée à tous les accidents et on peut éviter les péritonites extensives, trop souvent mortelles.

F. *Salpingite avec fibromes ou kystes de l'ovaire.* — J'ajouterai pour terminer, que j'ai trouvé cinq fois en enlevant des fibromes ou des kystes de l'ovaire et surtout ceux qui sont développés dans le ligament large, des trompes altérées, hypertrophiées et même kystiques.

Mais je ne regarde ces faits que comme des exceptions, qui échappent à notre interprétation. La maladie de la trompe est-elle primitive, secondaire ou indépendante ? Cela est difficile à dire.

Dans ces cas, j'ai trouvé deux hémato-salpingites chez une femme à laquelle je désirais enlever les ovaires pour arrêter des hémorrhagies dues à la présence d'un gros corps fibreux. Je n'ai pas noté de symptômes spéciaux provoqués par ces altérations de la trompe. Aussi je ne les fais pas entrer dans le cadre de ce travail, qui est consacré seulement aux salpingites isolées et constituant à elles seules la maladie principale.

Je citerai seulement ici une observation intéressante dans laquelle une double salpingite compliquait un kyste parovarien. Mais il est facile de voir, par la lecture de cette observation, que la salpingite avait apparu longtemps avant le kyste et qu'elle reconnaissait pour cause un accouchement prématuré au septième mois. Cet accouchement précoce était probablement dû à ce fait que l'utérus était irrité ou comprimé par la tumeur antécédente.

Obs. XVI. — *Double salpingite avec kyste para-ovarien petit. Ablation. — Guérison.*

Mme C., m'est envoyée par le Dr Hutinel et entre à la Salpêtrière le 4 juillet 1888; elle est âgée de 35 ans. Cette femme a eu 2 accouchements, le dernier il y a 6 ans.

Il y a 3 ans elle s'aperçut de la présence d'une grosseu dans la partie droite et inférieure du ventre. Deux ans après le début de cette grosseur qui la faisait peu souffrir, elle devint enceinte. La grossesse fut douloureuse, pénible et il y eut un accouchement avant terme à 7 mois. A partir de ce moment (octobre 1887), elle éprouve des douleurs dans le ventre, son appétit et ses forces diminuent, elle maigrit. Bientôt elle est prise d'une véritable péritonite localisée et entre dans le service de M. Hutinel.

Cette pelvi-péritonite dure pendant quelques jours à l'état aigu puis se calme assez rapidement, mais pour laisser des troubles graves.

Le jour de son entrée à la Salpêtrière, on trouve 38°,2 le soir, et on constate une tuméfaction douloureuse qui n'est autre que la tumeur du côté gauche déjà constatée par la malade.

Par le toucher, l'utérus est à sa place, immobile, entr'ouvert. Du côté droit, dans le cul-de-sac, existe une petite masse douloureuse séparée de l'utérus par un sillon ; enfin une tumeur fluctuante du volume du poing. Le tout est douloureux et provoque de la fièvre.

Opération, 21 juillet 1888. Je trouve à droite un kyste para-ovarien transparent du volume des deux poings. Il est inclus dans le ligament large, mais il est enlevé en entier par une décortication assez pénible.

Autour de lui est enroulée une trompe enflammée grosse comme le doigt, oblitérée, remplie de muco-pus et enlevée avec l'ovaire adhérent.

Du côté gauche existe également une salpingite isolée, adhérente avec un ovaire couvert de fausses membranes. Ces parties sont enlevées.

Drainage pendant 48 heures. Guérison.

II. — *Pathogénie des salpingites.*

La question de pathogénie mérite d'être discutée. En effet, il me semble que les idées théoriques qui ont présidé à l'étude de cette maladie, ont eu une grande influence sur le traitement chirurgical qui lui est actuellement appliqué et tel que nous le discutons maintenant.

L'origine des inflammations de la trompe et de l'ovaire ne

laisse chez moi aucun doute. C'est la théorie de la propagation que j'admets sans aucune réserve.

Toute lésion inflammatoire développée primitivement dans l'utérus peut remonter dans la trompe, et s'y localiser en produisant des désordres. Mais il est rare qu'elle ne déborde pas, par l'ouverture du pavillon, pour de là, gagner le péritoine et provoquer sur cette séreuse des lésions plus ou moins étendues. Ces dernières ne sont pas nécessaires, et peuvent être considérées comme un accident ou un stade secondaire de la maladie de la trompe.

L'ovaire ne participe à la maladie que secondairement, par voisinage ; le plus souvent sa surface seule est atteinte.

Ainsi formulée par Aran, par Leseuvre, Bernutz et ses élèves et M. Siredey, admise généralement à l'étranger, cette conception présente un grand intérêt et surtout un avantage capital.

C'est elle en effet qui a conduit Lawson Tait et plusieurs autres chirurgiens, à l'opération que nous pratiquons actuellement, c'est-à-dire l'ablation des organes altérés.

En effet, il est assez logique de penser que, la trompe et les ovaires malades étant enlevés, le foyer principal de la maladie aura disparu. Ainsi se trouvera détruite la source des douleurs et des accidents dans le présent ; ainsi se trouvera arrêtée cette série de poussées inflammatoires du côté du péritoine, qui sont si fréquentes dans cette maladie. Tous les médecins savent, en effet, combien sont nombreuses ces rechutes, ces extensions à distance d'une maladie dont le foyer principal existe dans les trompes.

Ainsi, pour moi, comme pour un grand nombre d'autres chirurgiens, l'inflammation de la trompe succède toujours à une lésion de l'utérus, par voie de propagation. A la suite de la blennorrhagie, des fausses couches ou des opérations septiques pratiquées sur le col de l'utérus, la trompe s'enflamme et elle peut être alors considérée comme le pivot des inflammations dites péri-utérines. Celles-ci sont toujours secondaires.

La pelvi-péritonite plus ou moins étendue, l'œdème

inflammatoire du tissu cellulaire sous-péritonéal, ne sont que des phénomènes d'extension; ainsi se trouvent constituées ces masses phlegmoneuses souvent considérables qui englobent les côtés de l'utérus et le ligament large.

Tous ces phénomènes correspondent aux notions générales que nous possédons sur l'inflammation, car tout organe enflammé produit autour de lui une zone d'induration et d'inflammation secondaire.

On me permettra à ce propos de rappeler une comparaison que j'ai présentée à mes élèves dans mes leçons professées à la Salpêtrière et qui montre bien quelle est la marche de l'inflammation dans des organes analogues à ceux que nous étudions, je veux parler des organes génitaux de l'homme.

Lorsque la blennorrhagie uréthrale, lorsque des inflammations septiques et souvent même opératoires, existent au niveau de l'urèthre chez l'homme, on voit souvent ces désordres atteindre l'épididyme en suivant la muqueuse du canal déférent. N'y a-t-il pas là une propagation directe et à une grande distance? Personne ne peut nier ici la théorie de la propagation de proche en proche, aucun chirurgien n'osera admettre ici un transport par les lymphatiques.

Mais ce n'est pas tout. Arrivée au niveau de l'épididyme, l'inflammation produit sur la séreuse vaginale des désordres analogues à ceux de la pelvi-péritonite, et qui varient suivant son caractère spécial d'intensité. Si l'inflammation s'accentue encore davantage, elle déborde sur les parties voisines atteint le tissu cellulaire du scrotum et du cordon et provoque cette masse inflammatoire et indurée qui occupe toute la région et dont la résolution est souvent très rapide. Cet œdème inflammatoire et phlegmoneux est absolument comparable, je pourrais dire absolument semblable à celui qui existe autour de l'utérus dans le ligament large et surtout dans la séreuse péritonéale, et il n'est que le résultat d'une extension des lésions venant autour de la trompe enflammée.

L'ét ndue et la susceptibilité des séreuses produisent seu-

les une différence considérable dans les symptômes et la gravité de la maladie de l'un et l'autre organe sexuel. L'analogie entre les deux processus pathologiques dans des organes ayant la même origine et la même fonction, me semble donc indiscutable.

Je ferai remarquer également que, dans l'hypothèse où je me suis placé, le testicule et l'ovaire sont seulement gênés dans leur fonctionnement et ne présentent que plus tard des lésions secondaires. Les faits étudiés par M. le professeur Cornil et par moi, d'autres très nombreux publiés à l'étranger, ne laissent aucun doute à cet égard, pour ce qui est de l'ovaire. Pour le testicule la chose est connue depuis longtemps.

Je ne fais ici allusion qu'aux inflammations produites par propagation, dont l'origine utérine est bien nettement établie, et je ne discute nullement l'influence de la tuberculose, des fièvres éruptives et même de la syphilis, dont nous ne connaissons pas le mécanisme.

Jusqu'à présent, toutes les opérations pratiquées sur cette région, l'examen des pièces enlevées sur le vivant, et j'ajouterai même l'ouverture des abcès développés dans la trompe ou dans son voisinage, démontrent la réalité de cette propagation.

Cette explication du développement de la salpingite et de son origine, diffère beaucoup de celle qui a été défendue brillamment par d'autres auteurs. La théorie de la propagation par les lymphatiques, née des anciennes idées qu'on avait sur la pathologie et reprise avec talent par M. Lucas-Championnière, à propos des accidents puerpéraux, me semble devoir être abandonnée. Elle ne répond ni aux données générales de la pathologie, ni aux résultats fournis par les investigation de l'anatomie, ni même aux désordres décrits par l'anatomie pathologique. En effet, les lésions trouvées dans la trompe existent toujours, quoi qu'on en ait dit, dans toute l'étendue de cet organe, jusqu'à la cavité utérine. Elles sont quelquefois assez minimes pour n'être reconnues que par l'examen microscopique. Plusieurs pièces que j'ai dans ma collection le prouvent abondamment.

Cette théorie de *la lymphangite*, non seulement je ne l'adopte pas, mais je la considère comme fausse et comme dangereuse.

C'est elle qui a conduit un certain nombre de gynécologistes à admettre cet *adéno-phlegmon* si souvent diagnostiqué soit dans le bassin, soit derrière le pubis et qui n'a probablement jamais existé. C'est elle qui a fait croire à la présence de ces ganglions introuvables pour l'anatomiste et qui ont toujours été confondus avec la trompe et l'ovaire malades; il est vrai que le toucher vaginal seul servait à établir le diagnostic qui n'était contrôlé par aucune expérience. Je ne connais pas de fait bien probant dans lequel les autopsies l'aient révélé d'une façon authentique.

M. L. Championnière ne peut nier que c'est grâce à ses idées théoriques qu'un grand nombre de médecins admettaient si facilement depuis quelques années *ces adénites péri-utérines*. N'est-ce pas sous son influence, après la description des lymphatiques et des ganglions péri-utérins qu'il a étudiés dans sa thèse et ses autres travaux, qu'un grand nombre de gynécologistes diagnostiquaient à coup sûr la présence d'un ganglion enflammé à la base du ligament large, alors que ce prétendu ganglion n'est autre que l'ovaire et la trompe faciles à sentir par le cul-de-sac et que nous trouvons toujours au cours de nos opérations.

N'est-ce pas sous l'influence de cette théorie, que nous voyons journellement poser ce diagnostic erroné et trompeur? Cela est tellement vrai que M. de Sinéty l'admet dans son ouvrage si complet et devenu classique. Martineau, médecin de l'hôpital spécial de Lourcine, a écrit dans ses livres et enseigné à de nombreux élèves, que toutes les fois qu'on sentait au delà du cul-de-sac vaginal une petite tumeur douloureuse, il s'agissait d'un ganglion enflammé.

En somme, de l'opinion de ces auteurs, est née la théorie de l'adénite et de l'adéno-phlegmon encore admise par beaucoup d'auteurs.

Que de fois, depuis deux ans que je m'occupe de cette ques-

tion, n'ai-je pas eu à discuter ce diagnostic d'adénite, avec celui très évident de la salpingo-ovarite démontré plus tard par l'opération.

Je crois que plusieurs des adeptes de la lymphangite ont maintenant changé d'opinion et qu'ils laissent de côté la question de l'adénite et adéno-phlegmon pour admettre avec nous l'ovaro-salpingite.

Mais leurs erreurs anciennes ont laissé des traces ; peut-être ont-elles été exagérées par leurs admirateurs, mais elles n'en persistent pas moins encore.

Je le répète à dessein, toutes les fois que le chirurgien est allé à la recherche de parties malades sur le vivant, il a toujours trouvé des lésions plus ou moins accentuées de la trompe et de l'ovaire ; il n'a jamais rencontré cette adénite si facilement admise après un toucher vaginal sans contrôle anatomique.

Mais ce n'est pas tout ; je considère cette théorie comme dangereuse ; en effet, elle nous éloigne presque complètement de la thérapeutique chirurgicale actuellement adoptée et devenue si importante. En effet, théoriquement, elle devrait écarter toute idée d'opération si, comme nous l'a affirmé M. Lucas-Championnière, la trompe et l'ovaire ne devaient être que secondairement malades à la suite d'une pelvi-péritonite ou d'une lymphangite.

Cela serait surtout vrai si la petite tumeur qui existe de chaque côté de l'utérus n'était qu'un ganglion lymphatique situé sous le péritoine dans la base du ligament large.

J'ai dit qu'elle éloignait de toute opération et rien n'est plus logique que cette conclusion. Qui pousserait en effet à enlever un ganglion enflammé situé dans le tissu cellulaire péri-utérin ?

Maintenant encore les médecins qui admettent cette théorie, refusent l'ablation chirurgicale des ovaires et des trompes malades, ne voulant pas admettre qu'il s'agit d'autre chose que d'un ganglion enflammé avec péri-adénite.

J'ai eu plusieurs fois à lutter contre cette opinion défen-

due avec ardeur et grâce à laquelle on voulait s'opposer à une opération si rationnelle.

On se contente alors, d'après cette théorie, d'ouvrir un abcès volumineux quand il existe et qu'il vient proéminer dans une région favorable. N'avais-je pas raison de dire que la notion de la salpingo-ovarite par propagation au moyen de la trompe, sans se préoccuper ni des lymphatiques ni des ganglions, avait été une des causes principales de l'intervention chirurgicale. Lawson Tait n'a songé à enlever ces organes, que parce qu'il les avait isolés et qu'ils étaient adhérents seulement aux parties voisines par des liens récents dus à la pelvi-péritonite.

Il est certain que mon argument portait non pas sur le fait des lésions de la trompe et de l'ovaire que tout le monde consent à enlever aujourd'hui, mais sur l'opinion défendue par les adeptes de la propagation par les lymphatiques exagérée et généralisée par leurs adhérents, et qui nous éloignait de toute intervention. *(A suivre.)*

REVUE GÉNÉRALE

DE LA PNEUMONIE PENDANT LA GROSSESSE

AU POINT DE VUE DE SES CONSÉQUENCES POUR LA MÈRE ET POUR L'ENFANT

Par **Victor Wallich**, interne des hôpitaux.

I

Grisolle est le premier qui ait appelé l'attention sur la physionomie spéciale de la pneumonie pendant la grossesse. Parmi les nombreux travaux publiés depuis sur ce sujet, deux mémoires ont une importance très grande, par le nombre de cas qu'ils réunissent, et la concordance que l'on cons-

tate dans leurs statistiques réciproques. Le premier de ces travaux est la thèse de Ricau (Paris, 1874) qui joint à quelques faits personnels les cas précédemment observés, et réunit ainsi 43 cas. Le second travail est le mémoire de Coli (1) qui étudie une statistique de 32 cas personnels joints à 8 cas de Bergesio (2). Cela fait un total de 83 observations consciencieusement prises. On peut avec ces matériaux étudier la pneumonie de la femme enceinte, les conséquences qui en résultent pour elle et pour son enfant; en ce qui concerne la femme, l'influence de la grossesse sur la marche de la pneumonie, l'influence de la pneumonie sur le cours de la grossesse; en ce qui concerne le fœtus on sait que son sort est intimement lié à la marche de la grossesse. Mais il est pour lui un autre danger, aujourd'hui que l'on range la pneumomie parmi les maladies infectieuses, que l'on admet la transmission des maladies infectieuses de la mère au fœtus. Il devient intéressant de rechercher, comme l'a fait M. Netter (3), quelles sont les conséquences de la pneumonie de la mère pour le fœtus ou pour le nouveau-né.

II

Quelle est l'influence de la grossesse sur le développement et sur la marche de la pneumonie.

L'état puerpéral ne peut être considéré comme une prédisposition à la pneumonie, il suffit de rappeler à ce point de vue les chiffres que cite M. Pinard (4).

Jusqu'en 1841, Grisolle n'avait observé que 4 cas de pneumonie pendant la grossesse, de 1841 à 1864 il n'en recueille que trois observations. Wegscheider (Société obstétricale

---

(1) Coli. *Revista clinica*. Bologne, 1885.

(2) Bergesio. Annali di Ostetricia, Milan, 1879.

(3) Netter. Comptes rendus de la Société de Biologie, 1889. IXe série. Tome I, page 187.

(4) Art. *Grossesse*, Dict. encycl. des sciences médicales, p. 161.

de Berlin, 1873) constate sur une pratique de 30 années la rareté de l'affection. Martin jeune n'a trouvé aucune observation à la clinique de Traube, et deux seulement chez Frerichs. Coli (1) cite la pratique de Bergesio à la clinique de Turin de 1872 à 1879, qui ne comprend que 5 cas sur 1495 accouchements. De 1879 à 1883 on a observé 23 cas à l'hôpital de Milan. Ce chiffre relativement considérable est dû à ce que les observations ont été prises dans des services de médecine où les femmes sont reçues lorsqu'une pneumonie survient dans les premiers mois de leur grossesse. La pneumonie n'est donc pas plus fréquente pendant la grossesse qu'en dehors de tout état puerpéral.

Quelle est l'influence de la grossesse sur la marche de la pneumonie? Grisolle avait noté une intensité plus grande de la réaction fébrile.

Ricau insiste sur la gêne respiratoire, dyspnée très violente qui peut être d'origine mécanique. due au développement de l'abdomen (Bourgeois et Chatelain), mais attribuable en partie, aux modifications physiologiques observées sur le sang de la femme enceinte. La mortalité est-elle plus grande? Il est difficile de répondre à cette question par des chiffres. Les différentes statistiques présentent des écarts considérables, bien compréhensibles aujourd'hui que l'on sait la pneumonie une maladie infectieuse, dont le pronostic est variable suivant la résistance du sujet et la virulence du microbe, la forme des épidémies. Il faudrait aussi faire la part de la mortalité par infection puerpérale, suite d'avortement.

III

Les observations réunies par les auteurs démontrent au contraire bien nettement que la pneumonie a une influence sur la marche de la grossesse. Le plus souvent elle serait

(1) *Loc. cit.*

interrompue par un avortement ou un accouchement prématuré. Les causes de cette interruption ne sont pas établies. Il faudrait tenir compte, suivant Grisolle, de la soudaineté de la maladie, de l'intensité de la fièvre, des phénomènes sympathiques. Ricau et Chatelain font intervenir la dyspnée suivie d'accumulation d'acide carbonique dans le sang, provoquant, selon la théorie de Brown-Séquard, la contraction utérine. D'autres auteurs invoquent comme cause la mort du fœtus, mort dépendant d'une insuffisance fonctionnelle du sang suivant Fasbender, attribuable pour Bergesio à une anémie artérielle, une congestion veineuse, un défaut d'oxygénation du sang du fœtus. Celui-ci mort, son expulsion serait prochaine. Ces explications sont peu satisfaisantes.

Quelles que soient les causes qui président à l'expulsion du fœtus, celle-ci est fréquente si nous nous en rapportons aux chiffres réunis par Coli.

Grisolle, 15 cas, 5 avortements, 5 accouchements prématurés.

Bourgeois, 12 cas, 8 avortements et accouchement prématuré; 4 accouchements à terme.

Fasbender, 7 cas suivis tous les sept d'interruption de la grossesse.

Chatelain, dont la statistique comprend aussi celles de Grisolle et de Bourgeois, compte sur 39 cas, 19 avortements ou accouchements prématurés.

Ricau, 21 avortements ou accouchements prématurés sur 43 cas.

Bergesio, 54 cas, 29 interruptions de la grossesse.

Coli trouve une moyenne semblable à celle de Ricau : 22 interruptions sur 40 cas.

Il insiste sur l'importance de la similitude de ces deux statistiques, de plus si l'on analyse ces cas de grossesse interrompue divisés en avortements et en accouchements prématurés, on obtient les résultats suivants :

Pneumonie pendant les 6 premiers mois de la grossesse :

Coli, 15 cas, 6 avortements;

Ricau, 28 cas, 11 avortements.

De part et d'autre plus d' 1/3 des cas.

Pneumonie pendant les 3 derniers mois de la grossesse :

Coli, 25 cas, 16 accouchements prématurés.

Ricau, 15 cas, 10 accouchements prématurés.

Dans les deux statistiques les accouchements prématurés sont dans la proportion de 2/3. La concordance est parfaite, on voit donc qu'en cas de pneumonie, plus la grossesse avance de son terme plus elle court de chance d'être interrompue. Cette interruption a lieu avant le 6e mois dans un tiers des cas, dans les deux tiers des cas, du 6e au 9e mois de la grossesse (1).

IV

Quelles sont les conséquences de cette interruption de la grossesse pour la mère et pour l'enfant. Commençons par la mère et prenons les chiffres cités dans l'important mémoire de Coli.

Grisolle,	9 avortements	ou	accouchem.	prématurés.	8	morts.
Bourgeois,	8 —	—	—	—	8	—
Fasbender,	7 —	—	—	—	5	—
Chatelain,	19 —	—	—	—	9	—
Wernich,	18 —	—	—	—	18	—
Ricau,	21 —	—	—	—	12	—
Coli,	22 —	—	—	—	11	—

Les statistiques de Ricau et de Coli concordent encore. Ce dernier auteur en fait la remarque.

Il rappelle que Chatelain ne compte à côté des chiffres cités plus haut, que 2 décès sur 20 cas sans interruption de la grossesse, et Ricau 2 décès sur 22 cas où la grossesse

(1) L'opinion contraire, c'est-à-dire la rareté de l'avortement, a été soutenue par L. BRIEGER. Sur quelques maladies venant compliquer la grossesse. *Charité Annalen*, 1886. — Sur 6 cas de l'auteur il n'y eut qu'un avortement.

avait continué son cours. Coli tire de ces faits la conclusion que l'interruption de la grossesse est une véritable complication, un accident des plus dangereux chez la femme atteinte de pneumonie. Quant à expliquer la cause de cette gravité aucune des explications données ne paraît satisfaire cet auteur. Ce n'est pas l'hémorrhagie qui cause de tels désastres, puisque dans ses 40 observations, la grossesse a été interrompue 22 fois, et il n'a compté que 2 fois des hémorrhagies inquiétantes. La gravité est-elle due, comme le veut Schröder, à la facilité de l'infection en cas d'avortement ou d'accouchement prématuré, alors que l'œuf est expulsé incomplètement, ou en plusieurs temps. Cette explication serait plus satisfaisante que celle donnée par Wernich, qui attribuerait la gravité des accidents à un œdème pulmonaire consécutif au changement brusque de pression dans le système circulatoire après l'expulsion du fœtus.

D'autres observateurs au contraire ont noté immédiatement après l'évacuation de l'utérus une détente, une amélioration. Il serait peut-être bon de tenir compte de la gravité de la pneumonie, ainsi que l'a fait remarquer M. Pinard. On sait aujourd'hui que l'infection pneumonique peut présenter des degrés divers dans son extension, dans sa virulence. L'avortement ou l'accouchement prématuré ne peut-il pas être l'effet et non la cause de la gravité de la pneumonie ?

L'interruption de la grossesse a sur le sort du fœtus une influence évidente, qui n'a peut-être rien de spécial.

Sur 21 accouchements prématurés Coli a fait les observations suivantes :

11 fœtus n'étaient pas viables.

6 sont morts quelques jours après la naissance.

4 ont survécu.

Nous venons de voir quelles étaient pour la mère les conséquences d'une pneumonie pendant la grossesse. Il nous reste à voir quelles sont les conséquences pour l'enfant, en tenant compte des recherches récentes sur la nature microbienne de la pneumonie, et sur la transmission intra-utérine de l'affection.

V

Avant que la pneumonie fût classée dans le cadre des maladies infectieuses, on avait observé la mort fréquente du fœtus lorsqu'il naissait d'une mère pneumonique. Cette mort était attribuée seulement aux phénomènes fébriles constatés chez la femme, élévation de température, surcharge du sang en acide carbonique. La loi de Brauell Davaine généralement acceptée défendait, d'un autre côté, de songer à la possibilité de la transmission intra-placentaire de l'affection de la mère. Depuis, les observations de Arloing, Cornevin et Thomas (1), Straus et Chamberland (2), Chambrelent (3), Malvoz (4), sont venues démontrer d'une part la possibilité, d'autre part certaines conditions de la transmission intra-utérine chez les animaux, dans le charbon, le choléra des poules (5) Mais on possède encore peu d'observations de pneumonie du nouveau-né, d'origine maternelle. Dans un travail récent (6) M. le Dr Netter a fait connaître l'observation très complète d'un nouveau-né, qui tomba malade deux jours après sa naissance, et succomba six jours après. La recherche des pneumocoques dans les organes a fourni des résultats positifs. M. Netter, comparant alors ce qu'il a pu observer chez l'homme et chez les animaux, est arrivé à des conclusions très intéressantes au point de vue général de la transmission intra-utérine des maladies infectieuses, et très importantes au point de vue plus particulier de la question encore peu étudiée : la pneumonie du nouveau-né.

Le nouveau-né d'une mère pneumonique peut ne pas deve-

(1) Comptes rendus. Académie des sciences. Février 1881.

(2) STRAUS et CHAMBERLAND. *Passage de la bactéridie charbonneuse de la mère au fœtus.* (Comptes rendus de l'Académie des sciences, 18 décembre 1882.)

(3) CHAMBRELENT.

(4) MALVOZ. *Annales de l'Institut Pasteur*, 25 mars 1888, et 25 avril 1889.

(5) Voir à ce sujet une très intéressante revue générale de M. Varnier *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, avril 1888.

(6) NETTER. *Loc. cit.*

nir malade, mais il peut aussi dans les premiers jours qui suivent sa naissance présenter des symptômes graves et succomber. On peut alors trouver à l'autopsie soit de l'hépatisation pulmonaire, soit des lésions diverses témoignant d'une infection générale. Étant donnée la maladie de la mère, les idées que l'on a aujourd'hui sur la nature microbienne de la pneumonie, et sur la transmission possible au fœtus des maladies microbiennes, il devient très intéressant de rechercher si le fœtus a été infecté. Les observations sont rares. Le fait fut d'abord constaté chez le cobaye et la souris par M. Netter en 1886 (1), chez le lapin par Foa et Bordone Uffredozzi en 1887 et de nouveau chez le cobaye par Ortmann en 1888. M. Netter a joint à son observation récente chez l'homme, trois cas de Thorner, Marchand et Strachan. Mais les recherches bactériologiques n'ont été faites que dans son cas, et dans celui de Thorner, où elles n'ont porté que sur l'examen microscopique. En face d'un si petit nombre de faits positifs, on peut se demander si les faits négatifs sont plus nombreux, s'il ont été recherchés, ou, si recherchés, ils n'ont pas été jugés dignes d'une publication. Nous avons eu récemment occasion d'observer dans le service du Dr Pinard, à la Maternité de Lariboisière, le cas d'un nouveau-né de mère pneumonique, lequel succomba huit jours après sa naissance. L'examen bactériologique fait avec M. Netter nous permit de constater l'absence de pneumocoques dans les organes, et nous conduisit à chercher ailleurs que dans l'affection de la mère la cause des lésions révélées par l'autopsie.

En s'appuyant sur ce que l'on sait au sujet des conditions de la transmission intra-utérine des maladies infectieuses on peut déjà poser plusieurs points, concernant ce mode de transmission dans la pneumonie. L'infection se fait du sang de la mère au sang du fœtus. Ce qui est essentiel comme condition de la transmission, c'est l'infection générale de la mère, la présence de pneumocoques dans le sang. Ce fait a

(1) *Bulletins Société anatomique*, avril 1886.

été mis en lumière par M. Netter, qui compare ce qui se passe chez les rongeurs, et chez l'homme. Les cobayes auxquels on communique l'infection pneumonique présentent toujours une infection générale, et chez ces animaux le passage des microbes de la mère au fœtus est presque constant. Chez l'homme au contraire l'infection peut être seulement locale; dans d'autres cas elle est générale, ainsi que cela a été constaté par la présence de pneumocoques dans le sang (Friedländer, Talamon, Netter). Ce serait dans ce dernier cas seulement qu'on pourrait rencontrer la transmission. Quant aux voies suivies par le microbe pour opérer cette transmission, la question se pose au sujet de l'infection pneumonique, comme au sujet du charbon et du choléra des poules, les microbes passent-ils par diapédèse, ou bien, comme le veut M. Malvoz, par une lésion placentaire permettant au moyen d'une hémorrhagie le contact des deux sangs.

VI

La transmission une fois faite peut s'accompagner de certains désordres qu'il est bon de reconnaître. Nous ne parlerons pas de l'appareil symptomatique, qui est des plus vagues et des moins significatifs. Le diagnostic anatomique seul est possible. On tiendra sans doute grand compte à l'autopsie de l'hépatisation pulmonaire, si on la rencontre, mais il sera certainement préférable de compléter cet examen par la recherche des pneumocoques. Si d'autre part les lésions pulmonaires manquent, il serait peut-être imprudent de conclure de l'absence de lésions pulmonaires à l'absence d'infection. On sait aujourd'hui que l'infection pneumonique peut avoir d'autres localisations que le poumon, on pourra trouver de la méningite, de l'endocardite, des collections purulentes dans divers organes, dont on ne songera pas à rattacher l'origine à l'infection maternelle. Si cependant on pratique l'examen bactériologique on pourra trouver des pneumocoques dans le sang, et au niveau de ces diverses lésions. Comme le

fait remarquer M. Netter, cette recherche devient indispensable pour porter le diagnostic chez les mort-nés, qui, eux, ne présentent pas de lésions du poumon : « Ce qui fait la pneu« monie, ce n'est pas seulement le pneumocoque, ce sont « aussi les conditions nécessaires, pour fixer le pneumocoque « au poumon, et pour aider à son développement dans cet « organe. Il semble nécessaire avant tout que le poumon « fonctionne, respire. » Foa et Bordone Uffredozi ont retrouvé ainsi le pneumocoque dans le foie, la rate, le sang d'embryons de quatre à six mois, de mère pneumonique.

L'infection pneumonique par ses caractères, aujourd'hui assez bien connus, offre un sujet bien fait pour la recherche de la transmission intra-utérine des maladies infectieuses chez l'homme. Il sera très intéressant à ce point de vue de pratiquer à l'autopsie l'examen des organes des nouveau-nés dont la mère est pneumonique. Ces recherches doivent être faites, non seulement dans les cas de pneumonie franche aiguë de la mère, mais encore, comme l'indique M. Netter, dans tous les cas d'infection pneumonique à localisations, autres que le poumon, dans toutes « *les maladies à pneumocoques* ».

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 11 *avril* 1889.

DOLÉRIS. **Quelques points spéciaux de la technique des opérations pratiquées sur le vagin et la vulve.** — A) *Technique de l'avivement.* Après avoir indiqué les procédés habituellement employés, l'auteur indique celui de son choix. Il consiste essentiellement à détacher le lambeau, non par dissection, mais par décollement. S'agit-il, par exemple, d'une colporrhaphie antérieure, on fixe un point déterminé de la colonne antérieure du vagin, plus ou moins rapproché de la région du méat urinaire, et on pratique à ce niveau une incision transversale de deux à trois cent. et légèrement concave vers le vagin. On saisit avec une pince la lèvre postérieure

de l'incision, celle qui répond au sens de l'avivement et on la décolle légèrement avec deux ou trois traits transversaux au bistouri. On remplace alors le bistouri par l'extrémité large d'une spatule, et on creuse très aisément une sorte de gousset. On remplace alors la spatule par l'index d'une main, puis par les deux index juxtaposés, qui travaillent de concert à décoller le vagin aussi loin qu'il est nécessaire. 1-2 minutes suffisent à ce résultat. L'écoulement de sang est insignifiant. L'excision du lambeau est obtenue au moyen du ciseau, deux coups de ciseau dans le sens du vagin, et un coup de ciseau transversal. La surface d'avivement est trapézoïde, et son petit côté correspond à la partie antérieure du vagin. Cela fait, on procède à la suture.

S'agit-il d'une colporraphie postérieure, mêmes principes pour la confection du lambeau. Seulement, la première incision libératrice correspond à la partie profonde du lambeau, et on l'opère après abaissement du col.

B) *Suture.* — L'auteur tient à mettre en relief deux détails de sa méthode de suture : 1° *l'avantage des points dits verticaux;* ils sont destinés à retenir l'anse des sutures horizontales, et, par suite, à lutter contre la tendance qu'ont les points horizontaux à sectionner les tissus. En raison de la disposition réciproque des points verticaux, l'auteur a adopté pour son procédé le nom de *suture en claie.*

2) *Le placement des fils dans la colporraphie profonde,* où l'avivement est limité à la région du cul-de-sac. Soit un avivement triangulaire. L'auteur suture, isolément, les trois cornes du triangle. Cela fait, il reste un espace central avivé, dont il s'agit de rapprocher les bords. A cet effet, il cerne cet espace par un fil circulaire qui ferme la surface cruentée par le mécanisme de la *suture en bourse.*

C) *Colpopérinéoplastie par glissement.* — Ce procédé paraît surtout indiqué dans les cas où il y a colpocèle, où l'utérus est à peu près situé à son niveau normal.

Le trait particulier de la méthode, consiste à utiliser l'exubérance de la muqueuse vaginale pour reconstituer une sorte de sangle élytro-périnéale, un moyen de renforcement du nouveau périnée. De plus, la suture vaginale est supprimée.

(1er temps.) Incision demi-circulaire contournant la commissure postérieure de la vulve à l'union de la peau et de la muqueuse;

(2me et 3me temps) décollement au bistouri d'abord, pour libérer les adhérences cicatricielles, puis au moyen des doigts, d'un lambeau vaginal, aussi profondément que cela est nécessaire, puis placement des fils destinés à ramener par traction et glissement la face profonde du lambeau triangulaire au contact de la lèvre cutanée de l'incision. Le 1er fil est le plus médian. L'aiguille pénètre latéralement à gauche de l'anus, chemine profondément dans tous les tissus, et vient accrocher le lambeau vaginal tout près du point extrême du décollement. Elle suit ensuite un chemin inverse, et ressort à droite de l'anus, en un point symétrique du point d'entrée. Mêmes règles pour l'application des autres fils. En général, trois suffisent. L'auteur emploie le gros crin de Florence (4e temps). La région extrême du lambeau, ayant été ainsi ramenée par glissement, au niveau de la commissure, on procède à la résection de la portion de ce lambeau qui reste en excès, et qui flotte à la manière d'une épiglotte ; (5e temps) la section opérée, les deux oreilles cruentées latérales sont juxtaposées et réunies par deux sutures.

D) *Modification de la technique de l'opération d'Alexander.* — Cette modification consiste à réunir les ligaments ronds l'un à l'autre par des sutures, grâce à l'ouverture d'un trajet sous-cutané pratiqué par transfixion, réunissant les plaies inguinales.

E) *Hystéropexie. — Méthode mixte de suture de l'utérus à la paroi abdominale.* — Outre les sutures destinées à réunir la paroi antérieure et le fond de l'organe à la paroi abdominale, l'auteur insère entre les lèvres de la paroi abdominale les *ligaments ronds et les trompes*, pédicule *tubo-ligamentaire.* Suit une critique vive de l'hystéropexie, à laquelle l'auteur préfère de beau coup l'opération d'Alexander complétée par d'autres actes opératoires, dont l'indication se dégage de l'étude des lésions multiples qui compliquent la déviation utérine.

Discussion : TERRILLON. Sauf le procédé d'avivement, cette colpo-périnéoplastie ressemble beaucoup à celle d'Emmet. Pourquoi attendre que la suture soit faite, pour réséquer le lambeau ? POLAILLON. J'ai fait connaître un procédé très semblable à celui-ci recommandé aujourd'hui. Je faisais l'avivement en pratiquant une incision circulaire au niveau de la jonction de la muqueuse et de la peau, je décollai ensuite le lambeau supérieur et pratiquai la suture d'Emmet. Mais je ne réséquais pas le lambeau. La cicatrisation obtenue, il se forme, par rétraction, une sorte de

colonne postérieure du vagin. A propos du décollement, je dirai qu'au lieu de disséquer, j'ai aussi décollé avec le manche du bistouri et avec les doigts, et qu'ainsi l'opération va très rapidement. Toutefois, quand il y a cystocèle, ce décollement avec les doigts de la muqueuse vaginale n'est pas facile et peut être dangereux. DOLÉRIS. Dans mon procédé, il s'agit d'une *colpo-plastie* et non d'une *périnéorrhaphie.* Le principal avantage réside dans la rapidité de l'exécution. De plus, il permet de tendre la paroi du vagin et de supprimer la suture vaginale. Contrairement au procédé de M. Polaillon, il tend les tissus au lieu de les relâcher. Enfin, Doléris n'a pas rencontré un seul cas, encore, où l'amincissement de la cloison vésico-vaginale fut tel, que le décollement avec les doigts ait occasionné des ruptures.

TERRILLON. **Hystérectomie abdominale pour tumeur maligne du corps de l'utérus.** — Femme âgée de 46 ans. Ménopause à 40 ans. Depuis 2 ans, apparition d'hémorrhagies, devenant de plus en plus fréquentes et suivies d'hydrorrhée. Augmentation du volume du ventre ; l'utérus est reconnaissable par la palpation au-dessus du pubis ; il a le volume d'un utérus gravide, à 5 mois. Diminution des forces, œdème aux extrémités inférieures, douleurs pelviennes accusées.

Examen local : Col, en apparence sain, légèrement entr'ouvert. Cavité utérine 17 *centim.*, très saignante. Utérus fixé dans le petit bassin, *immobilisé plutôt par sa masse que par des adhérences.* Diagnostic : *Sarcome du corps de l'utérus.*

Opération le 8 décembre 1878. Hystérectomie supra-vaginale, après double ligature des ligaments larges, et application sur le col, d'un lien élastique, fixé par une ligature de soie. Suites opératoires régulières. A l'heure actuelle, l'opérée est très bien portante.

C'est la 3e observation de ce genre que M. Terrillon communique. Les malades bénéficient, par l'amputation supra-vaginale, dont le pronostic est bien plus favorable que celui de l'opération de Freund, de cette disposition anatomique, connue, qu'*en général, dans ces sortes de tumeurs, le col est intact.*

Discussion : A. GUERIN, SCHWARTZ, POLAILLON, CHARPENTIER, DOLÉRIS. DUMONTPALLIER, TERRILLON.

LOVIOT. **Tranchées utérines et chloroforme.** — Femme de 28 ans, nerveuse, IIIpare. Accouchements normaux. Mais, après le 2e, tran-

chées utérines, contre lesquelles échouaient le laudanum administré par la bouche et le rectum. Après le 3e accouchement, nouvelle apparition des tranchées utérines, que la malade du reste appréhendait fort. Injections chaudes, injection de morphine n'amènent pas de soulagement. On administre alors, le *chloroforme d'une façon intermittente et à petites doses, immédiatement au début de la douleur ou un peu avant, au début de la contraction utérine, de* 10 *heures du matin a* 7 *heures du soir* (200 gr. en tout). Aux inhalations de chloroforme, on combine des lavements avec chloral et laudanum. La malade, dans l'analyse des sensations qu'elles a éprouvées, sensations dont elle a remis la minute rédigée par elle-même à M. Loviot, affirme qu'elle a tiré des inhalations de chloroforme un soulagement très grand.

Discussion : CHARPENTIER, OLIVIER, BAILLY, PORAK, DUMONTPALLIER. CHARPENTIER insiste sur l'intérêt qu'il y a à administrer les lavements laudanisés avec méthode, de telle sorte qu'on sache bien exactement quelle quantité de laudanum a été employée. OLIVIER signale les excellents résultats obtenus à l'étranger, et qu'il a obtenus lui-même de l'usage du *viburnum prunifolium*, mais il faut être sûr de la préparation que l'on prescrit ; à ce titre, il recommande les gouttes concentrées de *V. prunifolium* de Bruel. BAILLY n'a qu'à se louer de l'emploi des suppositoires additionnés de 2 centigr. d'ext. thébaïque, dont l'action est lente et sûre. D'autre part, Charpentier, Porak, Dumontpallier, touchent à une autre question, plus génerale, déjà l'objet de nombreuses controverses, « *l'anesthésie obstétricale* ». C'est là l'origine d'une nouvelle discussion, dont nous donnerons le résumé dès qu'elle sera close.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE BERLIN

Séance du 14 *décembre.*

Sur la proposition de C. Ruge, et après observations de Gusserow et Olshausen, la Société désigne une commission, chargée de rassembler des observations probantes, de nature à permettre de trancher cette question : *Combien de temps, après le terme ordinairement admis, des enfants peuvent-ils venir au monde ?*

Dans le projet de nouveau code civil, on admet que l'enfant ne peut pas être porté au delà de 300-302 jours, d'où la conclusion légale, que tous les enfants venus passé ce laps de temps sont illégitimes. Or, il appartient à la Société de contrôler si le législateur reste dans le vrai en établissant ces limites. La commission est composée de C. RUGE, OLSHAUSEN et EBELL.

Présentations : SAURENHAUS. — **Nouveau-né atteint de céphalématome.** — Venu au monde environ deux heures auparavant, et après un accouchement facile, dont la période d'expulsion n'avait duré que dix minutes. Or, peu après, on remarqua en arrière de la bosse pariétale droite, une pièce osseuse de la grandeur d'un mark, qui faisait saillie, et mobilisable. Demi-heure après, le céphalématome était constitué.

Kaltenbach. a) **Carcinome tubaire bilatéral primitif.** — Cette pièce intéressante provient d'une femme âgée de 50 ans. Depuis 4 ans, elle était atteinte d'un écoulement séro-sanguin qui, dans les derniers temps, s'était compliqué de douleurs pelviennes, avec irradiations vers l'estomac et les extrémités inférieures.

Depuis 5 mois que l'opération est faite, la femme jouit d'une santé générale excellente.

b) **Grossesse tubaire gauche avec rupture de la trompe.** — Hégar, dit que cette observation présente un intérêt spécial, *car, elle lui a permis de reconnaître une cause encore non supposée de rupture du kyste fœtal.* Il pratiqua chez la femme à laquelle le cas se rapporte et qui est âgée de 30 ans la laparotomie pour tâcher de la sauver des dangers d'une hémorrhagie interne. Cette femme, qui n'avait pas eu ses règles depuis 6-7 semaines, présenta, brusquement, sans aucuns symptômes prémonitoires, tous les signes d'une hémorrhagie interne. Le ventre ouvert, on trouva la trompe gauche rupturée et gisant au milieu de caillots, ayant la grosseur d'une tête fœtale et non adhérents. La femme parut se remettre un peu, tout de suite après l'opération, mais elle succomba au bout de 36 heures à une hémorrhagie secondaire. Or, à l'autopsie, on constata que cette hémorrhagie nouvelle s'était faite aux dépens de brides, de cordons déchirés, flottant librement, et en connexion avec la face postérieure de l'utérus et le ligament de Douglas. D'après Hégar, ces conditions anatomiques montrent : 1°) qu'il ne faut pas croire que ce soit toujours la trompe qui, en se rupturant, produit l'hémorrhagie, et que celle-ci peut prendre naissance dans

les vaisseaux des adhérences déchirées ; 2) que ces adhérences ou brides ont été la cause de la production de cette rupture très hâtive. Par quel mécanisme? Ces brides par suite de l'accroissement de l'œuf, sont distendues. Que dans ces conditions, un choc, une augmentation quelconque de la pression abdominale agisse brusquement, la trompe est refoulée en bas. Mais, les brides fixées plus haut ne peuvent pas la suivre, d'où les tiraillements excessifs et la rupture. C'est par un même mécanisme que se rompent les collections sanguines de la trompe, qui surviennent du 6e au 14e jour, après l'évacution d'une hématocèle. Elles succèdent aux tractions qu'exercent sur leurs parois les cordons pseudo-membraneux, auxquelles elles donnent insertion, cordons qui ne peuvent accompagner le mouvement de retrait de l'utérus.

Discussion : Olshausen, Landau, Gusserow, Veit, Kaltenbach.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

Présentations : M. Handfield-Jones. a) **Tumeur solide de l'ovaire**; b) **Kystes pédiculés du vagin.**

A. Rasch. **Gangrène de la vessie causée par rétroversion de l'utérus gravide.**

Playfair. a) **Hématocèle intra-péritonéale, avec hématosalpingite et tumeur de l'ovaire**; b) **Polype intra-utérin et pyosalpingite**.

Griffith : a) **Fœtus anencéphale avec ectopie partielle du cœur, et adhérence du placenta au crâne**; b) **Kyste de l'ovaire ayant déterminé une rétention urinaire.**

Champneys. **Section césarienne pour rétrécissement du bassin.** — Naine, mais sans traces de rachitisme, ni rien qui, dans ses antécédents, parle dans ce sens. Le squelette, malgré sa petitesse, paraît bien conformé. Taille $1^m,16$, bassin plat, généralement rétréci, diamètre antéro-postérieur 45 millim., secondipare. Lors de sa première grossesse, on a pratiqué l'accouchement prématuré à 7 mois, et il a fallu terminer par la céphalotripsie. Cette fois, la grossesse étant arrivée à terme, 3 h. 1/2 après le début du travail, la dilatation ayant les dimensions d'un florin, on a fait la césarienne suivant Sänger. Durée de l'opération, 80 minutes : 40 jusqu'au moment de l'application des sutures, 40, depuis ce

moment, jusqu'à la terminaison complète de l'opération ; sutures profondes avec du fil d'argent, sutures superficielles avec de la soie. Les ovaires furent laissés en place, mais pour rendre la femme stérile on lia les deux trompes. *Enfant vivant*. Quant à la mère, sauf quelques troubles réactionnels apparus vers le second et le 3e jour, ses suites de couches furent aussi régulières qu'après un accouchement normal. *Guérison parfaite*.

Discussion : PLAYFAIR, HERMAN, GRIFFITH, LEWERS, HORROCKS, PHILLIPS, B. HICKS, DORAN, H. SMITH, CULLINGWORTH, GALABIN, CHAMPNEYS. Elle a porté sur les points suivants : a) *nature de la substance des fils qui servent pour les sutures ;* fils d'argent, de soie, différentes espèces de fils de boyaux, les uns disant qu'il était imprudent d'user de fils métalliques non résorbables, les autres accusant le catgut de glisser, et citant un cas où cette espèce de fil aurait été cause de l'issue funeste (GRIFFITH) ; b) *avantages qu'il y a à ne pas sortir l'utérus de l'abdomen*, précaution qui augmente les conditions de sécurité contre les contaminations extérieures, dangers moins grands de léser le placenta ; c) *utilité qu'il y a à rendre les femmes atteintes de semblables sténoses pelviennes stériles*, et, à ce propos, discussion de cette question : est-il préférable de produire la stérilité, par la ligature des deux trompes, ou mieux vaut-il enlever les ovaires. Laisser les ovaires, c'est laisser des organes désormais inutiles et susceptibles de devenir le siège de diverses maladies. Au contraire leur extirpation paraît n'avoir jamais de conséquences défavorables (HERMAN) ; d) *craniotomie, césarienne, suivant Sänger, opération de Porro*. Il n'est pas vraisemblable que la césarienne se substitue complètement à la craniotomie, parce qu'elle exige une expérience chirurgicale plus grande et des aptitudes spéciales (PLAYFAIR) ; il arrivera un temps où la femme donnera la préférence à l'opération de Sänger qu'elle jugera moins dangereuse, pour elle, que la craniotomie (HORROCKS) ; en raison des résultats obtenus à Dresde et à Leipzig avec l'opération de Sänger, Galabin pensait qu'elle devait être choisie comme opération de choix, dans tous les cas, sauf dans ceux où l'utérus a déjà subi des dommages du fait d'un travail prolongé. Depuis, des statistiques qu'il a reçues d'HARRIS (Philadelphie) établissent, pour ces 4 dernières années, une mortalité de 19 p. 0/0 avec l'opération de Porro, et de 26 p. 0/0 avec la césarienne suivant Sänger. Il est vrai qu'à Dresde et à Leipzig, cette

dernière a donné des résultats excellents. C'est pour cela qu'il lui donne la préférence, mais en constatant, que, dans certaines circonstances, il y aura lieu de discuter s'il n'y a pas avantage à adopter l'opération de Porro. (*The Brit. méd. J.* Avril 1889).

Dr R. LABUSQUIÈRE.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE NEW-YORK

Séance du 18 décembre 1888.

H. T. BOLDT : **Monstre fœtal sans corps.**

Cette pièce a été rendue par une femme, après son 6e enfant et avant l'arrière-faix ; elle avait un cordon inséré sur le bord du placenta du fœtus né un instant auparavant.

Elle ressemble à une tête à deux faces imparfaites, dont les yeux et les nez sont rudimentaires, et privées de bouches et d'oreilles. Elle présente quelques points d'ossification commençante.

E. H. GRANDIN demande qu'elle soit remise à l'anatomo-pathologiste de la Société, qui l'examinera complètement.

GILL WYLIE : **Abcès pérityphlique, laparotomie, guérison**. L'opération a été faite sur un homme.

WYLIE insiste sur la nécessité de rompre les adhérences dans les cas de péritonites et d'enlever le *sac* qui renferme le pus.

COE. **Gynécomastie** chez un jeune nègre très précoce dans son développement sexuel.

Dès 13 ans, il pratiquait le coït et se masturbait. La coïncidence des appétits sexuels avec le développement des mamelles est fort rare.

GILL WYLIE. **Kyste du ligament large ; laparotomie, trajet anormal de l'uretère.**

L'uretère droit, étendu à travers le bassin au-dessus du détroit supérieur, renfermait un calcul mùral gros comme le petit doigt.

HANKS a vu un cas de papillome ovarique où l'uretère était déplacé par la tumeur.

BUCKMASTER présente une **pile économique.**

PARTRIDGE : **Désordres rénaux pendant la grossesse, à propos de l'accouchement prématuré artificiel.** Mme R.., a accouché 3 ans

avant de consulter Partridge et a présenté des symptômes d'urémie.

En octobre 1885, elle consulte Partridge, au 6e mois de sa grossesse. L'urine est rare, fortement albumineuse, et contient des cylindres hyalins. Les plèvres et le péricarde sont à moitié pleins de sérosité.

Elle avorta au bout de 48 heures, de jumeaux, et son état s'améliora aussitôt; au printemps de 1887, elle devient grosse de nouveau. Un médecin distingué de New-York conseille l'accouchement prématuré, si l'albumine réapparaît et tend à augmenter dans l'urine.

L'albumine apparaît, puis disparaît, en août. Le 5 septembre elle est abondante et Partridge introduit une bougie dans l'utérus le 8. Le 9, il la réintroduit.

Mme R. accouche au bout de 23 heures. L'albuminurie disparaît au bout d'une semaine; puis elle reparaît et Mme R. meurt au bout de 4 mois. Une autre malade eut de l'albuminurie et quelques mouvements convulsifs au moment de son premier accouchement. Enceinte de nouveau, depuis 6 mois, elle eut de l'albuminurie. Avortement spontané. Morphine et saignée.

Nouvelle grossesse en mars 1888. Dès le 1er août traces d'albumine. Le 9 septembre, l'albumine devient assez abondante et le 12 Partridge provoque l'accouchement; la quantité d'albumine augmente. Convulsions, mort par urémie, au bout de 36 heures.

Cas III. — La malade a eu des convulsions urémiques à son premier accouchement. Au 3e mois de sa 2e grossesse elle avorta spontanément.

L'auteur a observé constamment que l'albumine augmente en quantité, et que les cylindres apparaissent dans l'urine, aussitôt que le travail commence. Il recommande, dans les cas de néphrite chronique, la provocation de l'avortement, *aussitôt qu'on a reconnu l'existence de la grossesse.*

Il est plus réservé dans les cas d'albuminurie simple, et, dit-il, chaque cas doit être considéré à part.

Il a provoqué l'accouchement, dans un cas récent, où l'albuminurie était accompagnée d'une jaunisse catarrhale.

Malcolm Mc Lean, insiste sur l'hérédité, et il cite un cas d'épilepsie gravidique, sans albuminurie. Il provoqua l'accouchement, près du terme. L'enfant vécut.

MORRILL croit que, avant de provoquer le travail (1), il faut tâcher d'améliorer l'état des reins.

J. H. FRUITNIGHT provoquera le travail chez les femmes affectées de maladies des reins, et dont les grossesses précédentes auront été troublées. L'albuminurie seule ne justifie pas pour lui l'intervention.

JEWETT. « Si les symptômes d'urémie ne cèdent pas à la diète lactée et aux autres remèdes, je provoque le travail, et il n'est pas plus dangereux, vu les précautions prises, que le travail à terme. » Sa méthode, appliquée avec les précautions antiseptiques, est l'introduction d'une bougie entre les membranes et la paroi utérine.

Il se loue beaucoup du veratrum viride « donné à une dose suffisante pour maintenir le pouls à 60, ou 70 ».

ROBERT A. MURRAY. Les cas où existe une hyperhémie réelle des reins sont le plus souvent des cas de primigravidité ; ceux où il y a néphrite chronique diffuse se rencontrent chez les pluri-gravides; dans ces derniers l'accouchement prématuré est fréquemment nécessaire.

La primigravide avorte souvent, avant que les symptômes urémiques se soient déclarés. Parfois, Murray en cite 4 cas observés en 5 ans, les malades sont urémiques et l'examen de l'urine ne révèle rien d'anormal. Les malades avortent ; mais la délivrance ne les améliore point, elles meurent urémiques.

BUCKMASTER a eu à se louer du veratrum, dans un cas.

GRANDIN croit que la grossesse aggrave la maladie rénale, et il le prouve par des cas. L'été dernier il a vu 27 cas d'albuminurie, survenus tous dans la grossesse, se terminer heureusement, à terme, grâce à la diète lactée absolue, le fer, la digitale et les bains chauds. Une seule des malades a eu des crises éclamptiques 4 ou 5 jours après l'accouchement. La quantité d'albumine a varié de 1 à 91 0/0 (volume, après la coagulation).

JANVRIN ajoute l'autorité de son opinion à celles des préopinants.

HANKS indique les symptômes que nous devons signaler aux

(1) A dessein, j'écris *travail*, et non accouchement ou avortement, pour rendre plus exactement le mot, anglais *labour*, qui s'applique aussi bien à l'avortement qu'à l'accouchement. (A. C.)

femmes enceintes. L'excessive sensibilité au bruit, les troubles visuels, la torpeur intellectuelle, l'œdème des pieds, la céphalalgie gravative exigent l'examen de l'urine.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PHILADELPHIE

Séance du 6 *décembre* 1888.

PRÉSIDENCE DE DRYSDALE

W. GOODELL. **Kyste intraligamenteux** récemment enlevé sans pénétrer dans le péritoine.

La malade a eu, à 18 ans, un kyste ovarique, enlevé par Schnetter, de New-York; les règles coulaient par la cicatrice abdominale.

Schnetter comme Goodell, croit qu'une petite portion de la paroi du kyste a été laissée.

GOODELL présente aussi un **kyste ovarique** qu'il vient d'enlever et qui est d'un vert nécrotique très net.

Il présente encore les pièces d'une **grossesse extra-utérine**. La malade, mariée depuis 13 ans n'a jamais été enceinte. La laparotomie a été faite pour parer à un ensemble d'accidents: crises douloureuses violentes, hypogastriques, syncopes multiples, hémorrhagies répétées, etc.

Le 3 décembre l'opérée allait bien.

JOSEPH PRICE. **Maladies tubaires comme causes d'obstruction intestinale.** Dans plus de 15 cas sur 100, l'auteur a noté des adhérences solides entre les intestins et l'utérus et ses annexes, sans compter les tumeurs malignes, et, dans tous les cas, sauf un, l'inflammation, cause des adhérences, avait débuté dans les annexes. L'appendice vermiculaire est souvent fortement fixé aux annexes, et parfois l'intestin se déchire au niveau de ces adhérences. Il faut toujours, quand on fait la laparotomie, les rompre sous peine de laisser la malade sous l'imminence d'un danger réel.

W. GOODELL donne toujours un laxatif le 4e jour après l'ovariotomie; autrefois il ne le prescrivait que le 8e jour, il croit que ce retard a causé la mort dans quelques cas où l'intestin se prend dans les adhérences et l'obstruction est complète.

BAER donne le laxatif le 3e jour; jamais plus tard que le 4e. On

ces, elle a de l'avenir, mais il ne faut pas lui demander la guérison des abcès des trompes ou des ovaires. Elle ne peut guère faire disparaître des adhérences organisées; mais elle peut sans doute provoquer la résorption des adhérences récentes. C'est un agent admirable dans les fibromes qui s'accompagnent d'hémorrhagies profuses; mais il ne croit pas qu'elle puisse faire diminuer le volume des fibromes, à moins qu'on ne l'emploie d'une manière imprudente, qui fait courir à la malade plus de dangers que l'oophorectomie. Goodell connait des cas de mort.

J. M. Baldy croit que nous avons des remèdes moins dangereux contre l'hémorrhagie et la douleur. La diminution qu'on a pu observer dans le volume des fibromes n'est pas durable, et d'autres agents la produisent aussi bien que l'électricité. « C'est le comble « de l'absurde que de parler de l'électricité comme supprimant les « adhérences organisées, sans supprimer aussi la malade ». Quant au massage, il serait impraticable dans les adhérences, la malade ne le supporterait pas, et quitterait son médecin.

J. Price constate que Chadwick, de Boston, ayant eu 2 cas de mort, a renoncé à l'électricité. La mortalité après la laparotomie faite par L. Tait, Keith, Bantock, Thornton, est moindre que celle que donne l'électrisation (1).

Taylor n'a guère fait l'électrisation que dans les dépôts pelviens, fort rarement dans l'antéflexion. Dans cette affection la dilatation rapide a agi plus promptement. Quant aux métrorrhagies, la curette réussit 70 fois sur 100. Il ne croit qu'en l'action électrolytique.

Bradford a employé l'électrisation dans un cas de papillome de l'ovaire, où la laparotomie seule pouvait être indiquée, la malade va mieux. Et, sur onze cas, où il y a eu recours, dix fois il y a eu amélioration.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE WASHINGTON

Séance du 4 janvier 1889.

A. F. A. King. **La position normale de la femme en travail,** pendant l'expulsion du fœtus.

King cite le cas d'une femme de 60 ans (!) qui, par ordre de son

(1) Il n'est que juste de dire que la méthode d'Apostoli en est à ses débuts. (A. C.)

médecin, resta 60 heures couchée, sans que le travail avançât Aussitôt qu'il lui permit de s'asseoir, elle accoucha.

Fordice Barker laisse le plus souvent la parturiente prendre la posture que son instinct lui fait désirer.

Reeves Jackson, croit que la position naturelle est l'accroupissement ou la position demi-couchée.

Schütz a laissé accoucher à leur guise 50 femmes ignorantes de la position usuelle. Elles ont pris les postures les plus variées. De même pour les 100 femmes observées par Cohen, par Baeren. L'instint ne leur dicte pas plus une position unique, qu'il ne le fait pour un homme pris de colique. La *colique* utérine comme toutes les coliques, a pour cause un corps à expulser, des vents, des calculs, un fœtus. On retrouve ces *coliques*, même dans la grossesse extra-utérine.

D'une manière générale, *il n'y a pas de bonne raison pour imposer une posture à une femme en travail*, pas plus qu'à un homme qui a une colique néphritique.

La parturiente aime à changer de posture, à moins qu'elle n'ait gardé longtemps la même; dans ce cas, le changement la fait souffrir, comme il arrive à chacun de nous de sentir une douleur dans les mouvements des muscles qui ont fait un violent effort prolongé, ou qui se sont engourdis dans une position longtemps maintenue.

Tant que la femme conserve la *même position*, la force expulsive conserve *la même direction*. Or le canal parturient n'est pas un cylindre parcouru par un piston. Le cas est différent de celui de la poule dont l'œuf a une forme régulière, elle reste dans la même position, jusqu'au moment où l'œuf va sortir, alors, elle se redresse et se tient droite sur ses pattes. Quand nous voulons engager une vis dans un écrou, si nous voyons qu'elle n'avance pas, nous changeons instinctivement sa position, jusqu'à ce que l'écrou avance.

Nous devons donc permettre aux parturientes de ne pas demeurer exactement dans la même position.

King conclut qu'il n'y a pas *une* unique posture pour l'accouchement, et qu'il est utile de changer la position de la parturiente lorsqu'elle le désire vivement, et que le fœtus ne progresse pas, et que des recherches nouvelles doivent être faites sur ce sujet.

Busey discute les assertions de King. La place me fait défaut pour résumer ces arguments.

Discussion : Fry, H. L. E. Johnson.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE CINCINNATI

Séance du 13 décembre 1888.

BYRON STANTON. **Placenta prævia.** — Le seul traitement prophylactique est la provocation de l'accouchement prématuré; l'hémorrhagie ne se produit guère avant l'époque où le fœtus est viable, et il court moins de danger du fait de son immaturité que du fait de l'hémorrhagie. Comme la provocation de l'accouchement prématuré écarte de la mère de grands dangers, on doit la faire dans le dernier mois de toute grossesse compliquée d'insertion vicieuse.

Cas Ier. — Tamponnement; les douleurs se produisent bientôt; après le replacement du tampon, le travail se déclare, et l'utérus chasse le tampon et un fœtus petit, mort. La malade était primipare.

Cas II. — *Insertion marginale*, douleurs faibles, forceps. Enfant vivant.

Cas III. — Le tamponnement du vagin fit naître des douleurs, et Stanton fit la version. Enfant vivant. Les 3 femmes se sont rétablies.

Stanton recommande le tampon et la version.

MC COMAS, d'Oakland, ayant souvent de grandes distances à franchir pour se rendre auprès de ses malades, trouve les choses fort avancées quand il arrive et est obligé d'agir promptement; il fait la version aussitôt que possible, et n'a jamais perdu une mère.

G. ZINKE fait remarquer que le traitement doit varier avec les conditions de chaque cas. Au tampon, il préfère le *détachement concentrique* de Barnes.

Il a perdu une femme à laquelle il a fait le détachement forcé du placenta, et l'application du tampon. Le col et le vagin étaient déchirés. « Le tampon a plutôt une tendance à augmenter la perte, » mais il aide à la dilatation. Il désapprouve l'accouchement rapide.

Reamy avait coutume de dire qu'un caillot enfermé dans l'utérus cause l'hémorrhagie. « Enlevez le caillot, disait-il, la perte s'arrêtera ».

Reamy explique qu'il faisait cette recommandation dans les cas de pertes *post-partum*.

Cleveland croit que le détachement artificiel du placenta risque autant que le tampon de causer la septicémie.

White. La morphine arrête la perte en suspendant les contractions.

Reamy. Le tampon, pour être utile, doit pénétrer dans le col. Le meilleur dilatateur est le sac hydrostatique.

Taylor. Barnes avait bien raison de dire. « Ce qui sauve la mère sauve aussi l'enfant ». On n'a pas attaché une importance suffisante à la vie de l'enfant.

Il est partisan de la provocation de l'accouchement, à la fin de la grossesse.

Isham, Mc Comas, Wenning, Hall et G. S. Mitchels ajoutent quelques remarques.

(Résumé, d'après l'*Am. J. of obst.* Mai 1889, p. 503 à 544, par A. Cordes.)

REVUE DES JOURNAUX

De la rétention du placenta après les accouchements d'enfants à terme ou près du terme. (Die Ursachen der Placentarretentionen nach Geburten reifer oder nahezu reifer Früchte), F. Ahlfeld. Dans le dernier numéro des « *Annales* » nous avons donné une analyse, assez longue, d'un travail, fort intéressant, de Freund « *De la rétention du placenta par rétrécissement de l'anneau de contraction* », travail qui était accompagné de la relation circonstanciée de 7 observations personnelles. Nous rappellerons simplement que, dans ce travail, l'auteur introduit, dans le cadre des conditions étiologiques de la rétention du placenta généralement admises (tiraillements intempestifs sur le cordon, ergot de seigle, adhérences placentaires, écoulement prématuré des eaux, endométrite...), un facteur nouveau, savoir : l'antéflexion exagérée (congénitale et acquise) de la matrice, caractérisée par une étroitesse insolite dans la région de l'orifice interne, une rigidité anormale de la paroi utérine, *et surtout, une tendance très marquée de l'organe à reprendre, immédiatement après la sortie de l'enfant, sa disposition antérieure.*

A son tour Ahlfeld, dans le même journal que Freund, et dans le numéro suivant, étudie, dans un mémoire remis pour l'impression avant l'apparition de celui de son éminent confrère, d'une manière plus générale et en s'appuyant sur 13 observations personnelles, l'étiologie de la rétention du placenta. Il est intéressant de rapprocher ces deux mémoires, qui traitent d'un des points les plus importants de la pratique obstétricale, et de mettre en regard les observations et les opinions de ces auteurs si avantageusement connus.

Voici les observations, très résumées, d'Ahlfeld.

1) II pare, placenta prævia, procidence du cordon, traitement de la délivrance, suivant la méthode de l'expectation. Après une heure 10 minutes d'attente, le délivre n'étant pas expulsé, et des hémorrhagies se produisant, tentatives réitérées d'expression placentaire. Echec. A l'exploration directe, Ahlfeld constate *une telle rétraction du canal de la parturition au-dessous du placenta, que celui-ci est encore complètement dans la cavité utérine*. Extraction manuelle. Suites de couches fébriles, la température monta jusqu'à 38°,5. *Exeat*, le 22e jour après l'accouchement Il n'est pas noté s'il existait ou non des adhérences placentaires.

2) II pare, insertion élevée du placenta, accouchement normal, traitement de la délivrance, d'abord par la méthode expectante. Par suite d'hémorrhagie, tentatives réitérées d'expression placentaire, insuccès. L'*orifice interne s'était rétracté, et constituait un anneau tellement étroit qu'il admettait à peine deux doigts*. Extraction manuelle de l'arrière-faix. *La résistance de l'anneau opposa un obstacle insignifiant à la main de l'opérateur*. Il y avait incarcération et adhérences légères du placenta. Lavages chauds et phéniqués à 2 p. 0/0. Suites de couches apyrétiques.

3) II pare. Accouchement prolongé avec *écoulement prématuré des eaux*. Expulsion précipitée de l'enfant à travers l'orifice externe. A cause d'accidents hémorrhagiques, massage. Tentatives *prématurées* d'expression placentaire, suivies d'insuccès. Extraction manuelle. *Orifice externe fortement contracté*. Adhérences insignifiantes. Suites de couches apyrétiques.

4) IIpare. *Syphilis ancienne*. Insertion élevée du placenta. Accouchement normal. Par suite d'hémorrhagie, massage. Expression placentaire suivie d'échec. Extraction manuelle. L'orifice

externe, qui s'était reformé, mesurait 5 centim. de diamètre. Il fallut *énucléer* le placenta qui n'était qu'en partie décollé. Suites de couches apyrétiques.

5) Ipare. Placenta inséré au fond et sur la paroi postérieure de la matrice. Eclampsie. Forceps. 10 minutes après l'accouchement, hémorrhagie considérable. Massage impuissant à accélérer la contraction de l'utérus. Tentatives d'expression placentaires infructueuses. Extraction manuelle. La partie centrale était décollée, les bords adhérents. Injections froides avec une solution de sublimé à 3 p. 1000. Suites de couches compliquées de pyrexie légère.

6) Ipare. Insertion sur le fond et la paroi postérieure de l'utérus. Terminaison de l'accouchement par une application de forceps. En raison d'une hémorrhagie peu abondante, injections vaginales froides. Tentatives d'expression placentaire infructueuses. *Rétention simple par incarcération.* Extraction manuelle. *Suites de couches compliquées de pyrexie légère.*

7) Ipare. Insertion moyenne. Accouchement normal. Lavages froids à l'orifice vaginal en raison de lésions hémorrhagipares à ce niveau. Accès de toux provoque de nouvelles pertes de sang, tentatives d'expression infructueuses. *Contracture du col.* Extraction manuelle aisée, pas d'adhérences morbides. *Fièvre légère durant les suites de couches.*

8) Ipare. Placenta prævia. Accouchement spontané. D'abord méthode expectante. Par suite d'hémorrhagie, expression placentaire, qui réussit à expulser la plus grande partie du placenta. mais, *une petite portion de l'arrière restait solidement adhérente au-dessus de l'orifice interne.* Il fallut la décortiquer. *Pyrexie légère durant les suites de couches.*

9) VIII pare. Placenta prævia. Version suivant B. Hicks. Extraction progressive de l'enfant. D'abord, méthode expectante. En raison d'une incarcération complète du délivre, extraction manuelle. L'arrière-faix était en partie décollé, mais une *petite portion était solidement adhérente*, et il fallut la décortiquer avec l'ongle. Fièvre légère durant les suites de couches.

10) I pare. Insertion du placenta vers la région moyenne du corps de l'utérus. Rein gravidique, albumine. Accouchement normal. Par suite d'hémorrhagie abondante, expression placentaire infructueuse. Au bout de 1 heure 15 minutes, le placenta est expulsé, *sauf une petite portion qui reste adhérente dans l'utérus.* La

matrice est descendue si bas, à la vulve, qu'on aperçoit l'*orifice utérin contracté*. Avec deux doigts, introduits facilement dans l'utérus, on décolle la portion restée adhérente. Suites de couches prolongées, fébriles. Thrombose. Guérison.

11) I pare. — Accouchement prolongé, l'enfant venant par l'exmité pelvienne. Tête fœtale retenue par une contracture du col. Délivrance. A cause d'une hémorrhagie, tentatives prématurées d'expression placentaire, infructueuses. *Incarcération simple du placenta. Le canal cervical contracté* mesure au moins 9 cent. Toutefois ce canal n'opposa aucune résistance à la main de l'accoucheur. *Extraction manuelle*, par tractions sur la portion du délivre qui se présentait. Suites apyrétiques.

12) I pare. — Syphilis, fœtus macéré. Tentatives d'expression placentaire, qui expulsent dans le vagin la masse principale du placenta. Mais une *portion reste dans la matrice, adhérente à la paroi antérieure;* décollement manuel, *sauf quelques débris qui restent adhérents*. Fièvre modérée.

13) III pare. — Accouchement prématuré, à cause d'un rétrécissement considérable du bassin. Introduction, par le médecin ordinaire, d'une bougie. *Il semble, d'après les constatations relevées à la nécropsie, que* LE MÉDECIN AIT, DANS CETTE MANŒUVRE, PERFORÉ LA PAROI POSTÉRIEURE DU COL (1). Quand la femme entra à l'hôpital, il y avait déjà de la tympanite utérine. Expulsion d'un enfant présentant de l'emphysème cutané. Peu après l'accouchement, tentatives d'expression placentaire infructueuses. *Le placenta était étroitement adhérent dans toute son étendue*. Il

---

(1) A cause de sa simplicité, de la facilité que l'on a d'assurer l'asepsie de l'instrument, et des résultats obtenus, la méthode de Krause a été adoptée par beaucoup d'accoucheurs. Également frappé des avantages de ce procédé, le professeur Pajot a même fait une leçon, que nous avons publiée à cette époque, dans les *Annales de gynécologie*, mars 1885, p. 161. *De l'inutilité des instruments spéciaux pour la provocation de l'accouchement*. Le professeur Pajot se basait sur une série de 15 cas, observés à la clinique d'accouchements, et dans lequel la méthode s'était montrée excellente. Je crois qu'à cette époque, on n'avait encore eu à imputer au procédé de Krause, appliqué suivant les règles d'une antiseptie rigoureuse, aucune conséquence grave du fait de son emploi, et que même, à l'heure actuelle, ce fait d'Ahlfeld reste absolument isolé. Il est clair, néanmoins qu'il a tous droits à être signalé. (R. L.)

fallut décoller morceau par morceau. *Mort*, le 4e jour, par péritonite septique, malgré toutes les précautions antiseptiques.

Suivant le dire de cette femme, *il avait fallu, dans tous les accouchements antérieurs, décoller également le placenta.*

Un médecin confirma l'exactitude de ces renseignements.

Telles sont les observations recueillies par Ahlfeld, et voici, en résumé, les réflexions qu'elles lui suggèrent.

Il y a deux modes de rétention : A) *rétention simple*, par rétrécissement du canal de la parturition au-dessous du placenta, celui-ci étant décollé ; B) *par adhérences placentaires.*

A) *Rétention simple.* — Le siège du rétrécissement, cause de la rétention,peut se trouver en n'importe quel point de l'utérus, l'anneau de contraction y compris jusqu'à l'orifice externe. (Cela pourra sembler quelque peu discutable à ceux qui dénient au segment inférieur et au col le pouvoir de se contracter. Mais, les faits cliniques sont concluants.)

Que dans d'autres conditions le col et l'orifice externe puissent opposer une grande résistance à la progression de l'œuf, les cas d'agglutination de l'orifice externe prouvent le fait. Or, ces cas ont avec les observations précédentes un caractère commun : si une pression, agissant de haut en bas, n'arrive pas à détendre les parties rétractées ; au contraire, on réussit à vaincre, et aisément, la coarctation, quand on agit sur elle de bas en haut.

Étiologie de ces coarctations. — A bien considérer ce qui se passe, on est forcément conduit à admettre, quand il s'agit de rétention simple du placenta parfaitement décollé, l'influence d'une excitation du tissu contractile de l'utérus, influence qui entre en jeu avant l'accouchement ou immédiatement après la sortie de l'enfant. Sans quoi, on devrait trouver toujours le délivre dans la portion inférieure de l'utérus ou déjà engagé dans le vagin (parmi les agents de cette excitation, signalons : forceps, surtout quand il y a éclampsie ; expulsion précipitée de la tête à travers un orifice non encore complètement dilaté, emploi intempestif d'irrigations vaginales chaudes ou froides).

B. *Rétention par adhérences.* — Parmi les facteurs étiologiques, le placenta *prævia.* Dans ces cas, les adhérences résultent de phénomènes de placentite, de phlegmasie et d'altérations anatomiques de la caduque, consécutives à la pénétration par le col d'agents pathogènes dans le placenta inséré bas. Ce processus se

produirait dans les derniers mois de la grossesse. En outre, il existe des éléments cellulaires pathogènes, qui amènent les altérations anatomiques, point de départ des adhérences, ainsi dans la syphilis. De même les faits cliniques montrent que les processus qui conduisent au décollement prématuré du placenta, favorisent la production d'adhérences. Enfin, il faut accorder un rôle étiologique *au rein gravidique*, qui, indépendamment de certaines lésions placentaires, détermine des modifications anatomiques qui entraînent des adhérences de l'arrière-faix. (*Zeits. f. Geb. u. Gynäk.*, XVI Bd. Heft 1.)

Contribution à l'étude de l'étiologie et du traitement de la coccyodinie. (Ein Beitrag zur Aetiologie und Therapie der Coccygodinie.) Graefe. — Il importe de faire un diagnostic exact du siège de la douleur. On a une trop grande tendance à admettre, comme étiologie des phénomènes douloureux observés au niveau de la région coccygienne, un traumatisme; par exemple, un accouchement prolongé. D'autre part, il ne faut pas non plus se hâter de rapporter ces phénomènes douloureux à des lésions d'ordre inflammatoire, il s'agit la plupart du temps de pures névralgies. Et cela, les faits cliniques, aussi bien que les résultats rapides souvent obtenus par le traitement électrique, le démontrent. L'auteur cite 6 observations personnelles très démonstratives, et formule les conclusions qui suivent :

1° La coccyodonie qui s'établit durant les suites de couches, n'est pas, aussi souvent qu'on le professe, la conséquence d'un traumatisme, qui, au cours de l'accouchement, aurait intéressé le coccyx.

2° Il faut, en conséquence, rechercher moins souvent l'origine de cette coccyodinie, dans une affection locale du coccyx, ou de son articulation, que dans des modifications imprimées aux nerfs sacrés et coccygiens, modifications qui, en beaucoup de cas, se produisent déjà pendant la grossesse, et la plupart du temps durant les suites de couches. Pour assurer le diagnostic, pour bien démontrer qu'il existe réellement une affection du coccyx, il ne suffit pas d'exercer des pressions latérales sur l'os, de faire exécuter des mouvements aux extrémités inférieures, etc., il faut, de l'extérieur, du rectum ou du vagin, fixer le coccyx, et de cette manière explorer la sensibilité de cet os et de ses articulations.

3° Avant d'entreprendre tout autre traitement, surtout chirurgical, il convient de recourir à l'électricité faradique.

4° Le courant faradique, quand on a affaire, ce qui est l'ordinaire, à une simple névralgie, procure, en général, une guérison rapide et définitive.

En terminant cette analyse, nous ferons la remarque que si, en effet, on invoque généralement les traumatismes subis par le coccyx durant le travail de l'accouchement, on sait que la coccyodinie peut reconnaître d'autres causes. Ainsi, Courty dit : « Hörschllmann l'a vue chez deux enfants de quatre à cinq ans, et je l'ai constatée chez une fille de vingt et un an qui était vierge.... On a signalé avec raison l'influence du refroidissement de la partie sur le développement de cette sorte de névralgie ». Il signale les bons résultats qu'il a obtenus de l'emploi du vésicatoire morphiné. Quant au diagnostic de la coccyodinie, voici ce qu'en disent Hart et Barbourt : « *par la pression digitale, directe, sur le coccyx et par le toucher rectal, le siège et la nature de la douleur sont diagnostiqués* ». (Zeit. f. Geb. und. Gynäk. Bd XV. Hft 2, 1888.)

Contribution à l'étude du mécanisme de l'accouchement dans les présentations du sommet. (Beiträge zum Mechanismus der Geburt bei Schädellagen.) Sutugin (Moscou). — L'auteur a déjà publié, en 1875, les résultats qu'il a obtenus dans un grand nombre de recherches (660 femmes ont été examinées), faites pour déterminer la position du dos du fœtus pendant la grossesse et l'accouchement. Ces résultats, qui sont en désaccord avec les opinions généralement admises, il les a contrôlés et confirmés par de nouvelles observations. Durant la grossesse, quelle que soit la position générale du dos, dirigé à gauche ou à droite, par exemple O.I.G.A. ou O.I. D.P., *le dos est, dans la plupart des cas, tourné en arrière.* Survient-il un changement de position, cette mutation s'opère le plus souvent, contrairement à l'avis de Schultze, le long de la paroi utérine postérieure. Ainsi, une O.I.D.P. se transforme en une O.I.G.P. ou O.I.G.A. grâce à un mouvement de rotation dans lequel le dos du fœtus double, pour ainsi dire, la paroi utérine postérieure. Au début de l'accouchement, qu'il s'agisse d'une première ou d'une deuxième présentation du sommet, le dos est dirigé latéralement, et même un peu en arrière. Si l'on a affaire à

une 4e position (O.I.G.P.), celle-ci, un peu plus tôt ou un peu plus tard, se transforme en une première position, parce que le bord gauche de l'utérus est en général plus tourné en avant que le droit. Si ces notions sont admises, il en découle que les 3e et 4e positions ne créent rien de nouveau dans le mécanisme de l'accouchement, elles en représentent seulement une sorte de temps intermédiaire. Indépendamment de l'intérêt scientifique que présentent ces recherches, elles en ont un pratique : celui de faciliter la recherche des pieds, dans les présentations du sommet, quand la version est nécessaire, et que la palpation n'a pu fournir à ce sujet des renseignements assez précis. (*Samml. Klin. Vort.*, 1889, nº 310.)

Dr R. Labusquière.

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

D'un nouvel appareil mécanique destiné à réaliser les tractions suivant l'axe pelvien. (Di un nuevo apparecchio meccanico destinato a realizzare la trazione nell'asse pelvico). — E. Pittarelli.

Du traitement des fibromes utérins par la méthode d'Apostoli. — Dr Delétang (Nantes).

Fibromes utérins, leur traitement par l'électrolyse (méthode d'Apostoli). — F. La Torre.

Ce qu'on appelle le « Varicocèle » chez la femme. (So-Called « Varicocele » in the female). — H. Coe.

Die neuesten Ergebnisse des conservativen Kaiserschnittes mit Uterusnaht, par P. Caruso. — Leipzig.

Twelve Months of abdominal and vaginal section, par H. Byford. — Chicago.

Le gérant : G. Steinheil.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME XXXI

Janvier à Juin 1889

A

Accouchement prématuré provoqué, 65.

Accouchement (De la posture normale de la femme dans l' —), 467.

— (Du mécanisme de l' — dans les présentations du sommet), 471.

Adhérences de l'utérus rétrofléchi (Du décollement des —), 233.

Affections rénales durant la grossesse, 456.

Albuminurie compliquant la grossesse, 217.

— et éclampsie, 231.

Anatomie obstétricale (du détroit inférieur musculaire du bassin obstétrical), 236.

ANNA KLASSON 105, 191.

Annexes (Ablation des —), 297.

— (Ablation des — dans un cas d'inflammation pelvienne à répétition), 51.

— de l'utérus (Processus blennorrhagique des annexes —), 46.

C

Castration pour fontionnement défectueux des ovaires, 227.

— pour ménorrhagie, 380.

Céphalématome (Un cas de —), 453.

CHAMBRELENT, 90.

Coccyodinie (De la —), 475.

Col de l'utérus (Adéno-myxo-sarcome du —), 379.

— (Amputation du — pour le cancer et les déchirures de cette région), 311.

— (Contribution à l'étude des faux polypes du —) 322.

— (Cas rare d'adéno-myxome du —), 307.

— (Cas rares de métrite du — : diagnostic difficile d'avec un cancer), 134.

— (Cautérisation au chlorure de zinc contre le cancer du — et du vagin), 40.

— (De l'amputation partielle du col dans le traitement du cancer —), 35.

— Fibro-myome sous-séreux du —), 50.

Cordon ombilical (Micro-organismes du bout fœtal du —), 39.

— (Rupture du — pendant le travail), 308.

Cranioclaste (Modification du — de Braun), 223.

Craniotomie, 145, 146, 296.

CRIMAIL, A., 272.

Cystocèle vaginale (Kolporraphie pour —), 181.

D

Dégénérescence cancéreuse d'un fibrome de l'utérus, 218.

Drainage (Du — dans la chirurgie abdominale, 62, 226.

E

Echanges entre le liquide amniotique et le sang maternel, 398.
Éclampsie puerpérale (Traitement de l' —), 61, 231, 294, 383, 387.
Electricité (De l'emploi de l' — en gynécologie), 465.
Endométrite (Traitement de l' —), 58, 61.
Endométrite tuberculeuse (De l' —), 294, 372.

F

Fibrome compliquant la grossesse et l'accouchement, 215.
Fièvre typhoïde pendant la grossesse, 387.
Forceps (Abuse-t-on du —), 65.
Forceps à traction suivant l'axe, 222.
Fœtus mort-nés (Quelques observations de —), 295.

G

Galvano-puncture (Danger de la — dans le traitement des tumeurs pelviennes), 58.
Glandes salivaires (Inflammation des — post-partum), 52.
Glycérine (Propriétés exosmotiques de la —), 217.
Grossesse (De la méningite aiguë pendant la —), 90.
— (De la pneumonie pendant la —), 439.
— (Troubles rénaux pendant la —), 456.
— extra utérine, 59, 60, 67, 217, 222, 225, 299, 208, 453.
— extra-utérine (Deux cas de —, laparotomie, guérison), 46.
— extra-utérine (Documents pour servir à l'histoire de la —), 241.
— fantôme, 305.
— (Influence de la — sur les maladies pelviennes), 59.
Grossesses multiples (Contribution à l'histoire des —), 21.
— (Myomotomie chez une femme en état de —), 223.
— (Ovariotomie pendant la —), 64.
— Vomissements graves de la —, 57.
Gynécomastie (Un cas de —) 456.

H

Hématocèle (Laparotomie et expectation dans l' —), 43.
Hémorrhagie utérine (Quelques cas rebelles d' —), 384.
HERRGOTT (A.), 322.
Hernie de l'utérus gravide, 381.
Hydropisie de l'amnios, 386.
Hymen (Imperforation de l' —), 383.
Hystérectomie vaginale, 224, 305.
— vaginale (Parallèle de la pince et des sutures dans l' —), 57.
— vaginale pour cancer utérin, 70.
Hystéropexie (De l' —) 302.

I

Impressions maternelles, 42.
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE, 72, 313.
Influence de la syphilis sur la mortalité infantile, 38.
Intoxication mortelle par le sublimé, 410.

L

LABUSQUIÈRE, 126.
Leçons sur le prolapsus des organes génitaux de la femme, 1, 161.
LEGRAND, 410.
LÉON DUMAS, 32.
Ligament large (Papillome du —), 226.
— (Kyste du —), 410.

M

Maladies du cœur compliquant la grossesse et le travail, 219.

Malformations congénitales (un cas d'absence d'anus et de malformation des organes génitaux), 262.
Mamelles (De quelques anomalies dans le développement et la fonction des —), 81, 280.
Manie puerpérale, 224.
Mariages précoces (Des — et de leurs conséquences), 185.
Menstruation (Relations entre la chlorose et la —), 317.
Métrite chronique (De l'iodoforme pour le traitement de la —), 355.
Monstruosités fœtales, 214, 223, 296, 454, 456.
Myômes (Pronostic des opérations des —), 394.

N

Nouveau-né (Spina-bifida chez un —), 139.
Nymphomanie (Ablation des annexes dans un cas de — compliquée de myôme utérin —), 56.

O

Œuf abortif, 299, 374.
Oophorectomie (Une année d' —), 47.
Opération césarienne (Abus de l' —), 49.
— césarienne (Un cas d' —), 49, 140, 272, 454.
— d'Alexander, 226.
— de Porro (Un cas d' —), 377.
Organes génitaux (Malformation des —), 379.
OTTO-ENGSTROM, 81, 280.
Ovaire (Abcès de l' —).
— (Calcification de l' —), 219.
— (Double kyste de l' —), 43.
— (Kyste de l' —), 50, 139. 144, 223.
— (Kyste dermoïde de l' —), 50.
— (Sarcome de l' —), 49, 50, 52.
— (Tumeur de l' - avec torsion du pédicule), 41.
Ovariotomie (De l'occlusion intestinale après l' —), 393.

P

Parois abdominales (Tumeur des —), 66, 68.
Périnée (Déchirures du —), 64, 386.
Péritonite (Traitement chirurgical de la —), 63, 64, 144.
Placenta double (Enfant unique), 384.
— (Étiologie, symptômes, traitement de la rétention du —), 309, 388, 470.
Placenta prævia, 469.
PINARD, 21, 155, 241, 321.
Pneumonie et grossesse, 439.
Poche des eaux (Rupture prématurée de la —), 214.

Q

QUEIREIL, 262.

R

Rétention de débris abortifs (Métrorrhagies par —, traitement), 70.
— placentaire (Hémorrhagies graves par —), 127.
Rougeole compliquant la grossesse, 302.
ROUVIER (J.), 185.
ROUX ET SCHNELL, 355.

S

Salpingite (Cas de —), 144, 221, 222, 223, 298, 302.
— et castration, 137.
— tuberculeuse, 142.
Salpingo-ovarite (Trente-deux cas de —, traités par la laparotomie), 354, 426.
Stérilité (de la —), 58.
Symphyse (De la rupture de la —), 301.

T

TAYLOR, 401.
TERRILLON, 324, 426.
THURE BRANDT (De la méthode de —), 69, 379.

TILLAUX, 13, 181.
Torsion du pédicule, 41, 49.
Traité du palper abdominal, 155.
TRÉLAT, 1, 161.
TROISIER et MÉNÉTRIER, 206.
Trompe (Évacuation artificielle des collections enkystées de la —), 137.
— (Carcinome de la —), 464.
Trompe (Incision par le vagin des kystes de la —), 139.
— (Maladies de la — et obstruction intestinale), 464.
Tumeur fantôme, 378.

U

Urémie après l'éthérisation (Cas d' — 306.
Uretères (Cas d'abouchement des — à la surface externe des grandes lèvres), 52.
Utérus (Abaissement de l' — amélioré par la grossesse), 138.
— (causes et fibro-myôme de l' —), 39.
— (Contribution à l'étude des faux polypes de l' —), 105, 191.
— (De la rétroflexion de l' —), 13.
— (État de la muqueuse du corps dans le carcinome de la —), 396.
Utérus (Fibrome de l' —), 66, 298.
— (Procidence de l' —, épithélioma du col et du vagin), 46.
— (Rétroflexion rebelle de l' —, ablation de la matrice et des annexes 144.
— (Rupture spontanée de l' —), 57.
— (Sarcome de l' —), 296.

V

Vagin (Corps étranger du —), 143.
— (Kystes pédiculés du —), 454; et de la vulve (quelques points spéciaux de technique des opérations du —), 418.
Vulve (Mélano-sarcome primitif de la —), 401.
— (Polype du —), 139.
VARNIER, 236.
Vergetures (Histologie des —), 207.
Vessie (Gros calcul de la — chez une jeune fille), 51.

W

WALLICH, 439.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES DU TOME XXXI

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE.

79/10.